

朝倉市長

新生児聴覚検査は、任意の検査であることを理解した上で、朝倉市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり助成の申請及び請求をいたします。なお、助成を受けるにあたり、下記事項に同意します。

- ①申請した内容について確認の必要がある場合は、朝倉市が公簿等で確認すること及び朝倉市が医療機関に検査の結果を問合わせすることに同意します。
②朝倉市が公簿等で確認できないときは、関係書類を提出します。

※太枠の中を記入してください。

〇〇年 〇月 〇日

Form with fields for applicant (Asakura Tarou), guardian (Asakura Hanako), date, amount (0,000 yen), and bank details (Asakura Hanako, 1234567).

【※以下、医療機関から証明をもらってください。】

聴覚検査費用領収証

Table with 4 rows: Date, Type (AABR/OAE), Results (Right/Left), and Fee (0,000 yen).

Selection boxes for AABR and OAE with '選択' (Selection) labels.

上記、聴覚検査費用は領収済みであることを証明する。

年 月 日

【医療機関】 所在地
名称
代表者

印

提出先 (郵送不可)

朝倉市健康課 朝倉市甘木198-1 (ピーポート甘木 保健福祉センター内) TEL 22-8571
※申請者本人が次のいずれかの窓口へ直接提出してください。
※使用した印鑑と通帳をお持ちください。

【提出期限】
検査日から6か月後の月末まで