

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

新生児 (受けた人)	(フリガナ)	アサクラ タロウ	住所	〒838-0061		
	名前	朝倉太郎		朝倉市 菩提寺412-2		
	生年月日	〇年〇月〇日 (〇歳)		電話番号 22-1111		
保護者 (申請・請求者)	(フリガナ)	アサクラ ハナコ	住所	〒 - 朝倉市 同上		
	名前	朝倉花子 印		※新生児と同じ場合は、「同上」で可		
	続柄	母 ※新生児から見た続柄を記入		電話番号 同上		
検査日	年 月 日					
請求額	〇,〇〇〇円		※検査費用を記入。 ただし、検査費用がAABR検査6,000円、OAE検査3,000円未満の場合は、 実際に検査にかかった費用を記入すること。			
振込先金融機関	<input checked="" type="checkbox"/> ×	銀行 農協 信用金庫 信用組合	<input type="checkbox"/> △	<input type="checkbox"/> □	本店 支店 出張所 営業部	
	(フリガナ)	アサクラ ハナコ			預金種別	普通・当座
	口座名義人	朝倉花子			口座番号	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

検査日	〇〇年 〇月 〇日	
検査の種類 (○で囲んでください。)	AABR	OAE
検査結果 (○で囲んでください。)	右	パス・リファー
	左	パス・リファー
検査費用 (検査に要した費用)	〇,〇〇〇円	

選択

選択

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