

千葉市長様

千葉市里帰り等新生児聴覚検査費用助成申請書兼報告書

千葉市里帰り等新生児聴覚検査費用助成実施要綱第4条第1項に基づき、関係書類を添えて申請します。

また、千葉市新生児聴覚検査費用の助成にあたり、千葉市が医療機関等に対し、新生児聴覚検査に関する情報の照会並びに提供を求めることに、同意します。

※太枠の中と右上の日付を記入してください

フリガナ 申請者氏名 (申請者自署)	※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
フリガナ 母(産婦)氏名 及び生年月日	※申請者氏名と同一の場合、母(産婦)氏名の省略可 (生年月日 年 月 日)
申請者住所 (住民票上のご住所)	〒 - TEL: ()
フリガナ 検査対象児の氏名 及び生年月日	(生年月日 年 月 日)
初回検査方法	自動ABR・ABR・OAE
初回検査実施日	年 月 日
初回検査結果	右耳 異常なし(パス)・要再検査(リファー)
	左耳 異常なし(パス)・要再検査(リファー)
初回検査自己負担額	円 ※保険適用外の検査費用をご記入ください。

振込先口座情報

口座振込先					
銀行 信用金庫	支店 出張所	預金 種別	□普通 □当座		
口座番号 (右詰で記入)	口座名義 (カタカナ)				

口座振込先については、原則として申請者が開設する口座を記入してください。
(申請者と異なる口座名義の場合は、別途「委任状」の提出が必要です。)

(市記入欄)

受付印	交付決定額 円	確認検査結果		
		検査方法	検査結果	
		自動ABR	右耳	左耳
		ABR	パス	パス
		OAE	リファー	リファー