

東松山市〔 新生児聴覚検査助成金 〕 交付申請書
 産婦健康診査助成金

年 月 日

東松山市長 宛て

〒

住 所 東松山市

氏 名

電話番号

東松山市産婦健康診査助成金交付要綱及び新生児聴覚検査助成金交付要綱の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。

母子健康手帳の交付日	年 月 日	母子健康手帳No.	
受診した 医療機関等	名称		
	住所		
	電話番号		

(以下の表は記入しないでください)

添付助成券	基準額	助成金額	検査方法
新生児聴覚検査 助成券	3,000円	円	自動ABR OAE

添付助成券	基準額	助成金額
産婦健康診査 助成券	5,000円	円

(注1) 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

(1) 受診した検査結果を確認することのできる書類

(検査結果の記載された助成券、母子健康手帳の写しなど)

(2) 産婦健診及び新生児聴覚検査の受診に際し負担した費用の額を確認することのできる書類

(受診した医療機関の名称及び当該受診の日が明記された領収書の写しなど)

(注2) この申請書を提出する際には、母子健康手帳を持参してください。

(注3) 助成金の交付の申請は、受診した日から起算して1年以内に行ってください。