

様式第1号（第8条関係）

三条市新生児聴覚検査費用助成申請書兼実績報告書			
年 月 日			
（宛先）三条市教育委員会			
新生児聴覚検査の費用の助成を受けたいので、次のとおり申請し、及び実績を報告します。なお、助成の要件の確認のため、この申請書の記載事項について、三条市教育委員会が公簿を確認すること又は医療機関等に確認することを同意します。			
申請者 住所 保護者氏名 児氏名 生年月日 年 月 日 電話番号 母子健康手帳No.			
聴覚検査受診日及び助成申請額	受診日	検査費用（助成申請額）	
	年 月 日	耳音響放射検査 (OAE)	円
		聴性脳幹反応検査又は 自動聴性脳幹反応検査 (ABR・AABR)	円
	計	円	
聴覚検査を受けた医療機関等	所在地		
	名称		
金融機関名			支店名 本店・()支店
金融機関コード		支店コード	
預金種別	普通・当座	口座番号	
ゆうちょ銀行	記号		番号
	1 0		
フリガナ			
口座名義			

添付書類

- ・ 医療機関等が発行する聴覚検査に要した費用の領収書又は支払済証明書
- ・ 申請に係る聴覚検査の記録が記載された母子健康手帳その他の当該記録を証することのできる書類
- ・ 申請に係る聴覚検査を受けた者に係る受診票
- ・ その他教育委員会が認める書類