

申請書記入例

令和元年5月1日

調布市長 宛

申請者 住所 調布市小島町2-33-1

氏名 調布 太郎 印

電話番号 042 (441) 6100

受検者との続柄 父

申請者は保護者です。印鑑は、朱肉を使うもので押してください。シャチハタ不可。

調布市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

調布市新生児聴覚検査費用助成金について、次のとおり関係書類  
また、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関へ

申請者(保護者)の氏名です。印鑑は、朱肉を使うもので押してください。シャチハタ不可。

新生児聴覚検査をしたお子さんの氏名・生年月日等を記入

意欄 氏名 調布 太郎 印

受検者 (対象児)	ふりがな	ちょうぶ はなこ		生年月日	平成31年4月15日
	氏名	調布 花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>		
	住所	〒182-0026調布市小島町2-33-1			
母の氏名	調布 明子				
検査実施日	平成31年4月10日				
検査方法	自動聴性脳幹反応 (自動ABR)		耳音響放射 (OAE)		
実際に負担した金額	5,000円				
助成金申請額	3,000円 ※ 初回検査費用対象 (上限3,000円)				
検査費用が3,000円に満たない場合は、その額となります。					

公費負担対象となる検査方法

〈必要書類〉

- 母子健康手帳の早期新生児期【生後1週間以内】の経過の記録の写し
- 医療機関が発行した領収書 (コピー不可)
- 未使用の「新生児聴覚検査受診票」

〈注意事項〉

- 東京都区内に居住する平成31年4月1日以降出生した児が対象。(生後50日に達する日まで)
- 初回検査のみ公費負担の対象となり3,000円を上限に、1人につき1回助成します。
- 申請期間は出産後、出産日の翌日から起算して1年間です。
- 調布市に住民登録がある期間内の新生児聴覚検査に限られます。