

（あて先）京田辺市長

申請者
住所氏名
電話番号

京田辺市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、京田辺市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付決定に当たり、京田辺市が受検医療機関等に受検状況等を確認することに同意します。

受検者（児）の氏名	
受検者（児）の生年月日	年 月 日
自己負担額	円
検査の種類 (○を付けてください。)	A B R 検査・A A B R 検査・O A E

【添付書類】

- ① 京田辺市新生児聴覚検査受診券
*未使用のもの全て
*助成金の交付申請に係る受診券は、「児の氏名」「生年月日」「住所」「初回検査」「検査実施医療機関等」に必要事項が記載されていることを確認してください。
- ② 医療機関等が発行する領収書（原本）
*受検者の氏名、保険適用外の新生児聴覚検査であること、受検年月日、検査費用及び医療機関等の名称が確認できるもの

【注意事項】

- 1 助成の額は、医療機関等に支払った金額ではなく、助成対象となる検査内容について定められた上限額（A B R 検査又はA A B R 検査：4, 0 2 0 円、O A E：1, 5 0 0 円）と自己負担額を比較して少ない方の額になります。
- 2 助成金の申請は、受検者（児）が出生した日から1年以内に行ってください。

※担当記入欄	支給決定金額	円	確認印	
--------	--------	---	-----	--