

様式第1号（第6条関係）

里帰り等新生児等聴覚スクリーニング検査補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（宛先）静岡市長

住所

申請者（保護者） 氏名

⑨

電話番号

補助金の交付を受けたいので、静岡市里帰り等新生児等聴覚スクリーニング検査補助金交付要綱第6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。

1 申請額 円

2 受診者情報等

(1) 受診者氏名	_____ ( 年 月 日生)		
(2) 検査実施日	_____ 年 月 日		
(3) 検査内容	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE		
受診医療機関等	名称	所在地	
	代表者の氏名	電話番号	
申請受理月日	年 月 日	交付・不交付	補助金額 金 円

（注）太枠の中を記入してください。

3 添付書類

- (1) 領収書の写し等検査の実施が確認できる書類
- (2) 未使用の静岡市新生児等聴覚スクリーニング検査実施要綱（平成29年4月1日施行）

第5条第1項に規定する新生児等聴覚スクリーニング検査受診票

(3) 母子健康手帳の写し

(注) 補助金の上限額は、自動ABRは4,700円、OAEは2,100円で、生後6月までの間に受診した初めての検査1回のみが補助対象となります。

