

## 中山町新生児聴覚検査費用償還払申請書

中山町長 様

申請者（請求者）

住所 中山町

氏名

電話番号

新生児聴覚検査費用の償還払いを申請したいので、中山町新生児聴覚検査費用助成事業実施規程第8条の規定に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請します。

この申請に必要な新生児聴覚検査の内容を中山町が医療機関等に確認することに同意します。

検査を受けた お子さん	ふりがな 氏名		
	生年月日	令和 年 月 日	
	住所		
保護者 ※申請者と同じ場合は 省略可	氏名		
	電話番号		
検査医療機関名			
検査内容	検査の方法	検査日	検査費用
	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE		円
申請額 ※町負担上限額：5,000円	円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他（                      ）		

- ・申請者は保護者名でご記入ください。支給決定後、申請者名義の口座に降り込みいたします。
- ・申請時、検査結果が記載された母子手帳をご持参ください。