

別記様式（第5条関係）

三島市指定外医療機関等における新生児聴覚スクリーニング検査補助金交付申請書

年　　月　　日

三島市長　　あて

住　　所
申請者　氏　名
電話番号

三島市指定外医療機関等における新生児聴覚スクリーニング検査補助金の交付を受けたいので、
関係書類を添えて申請します。

1 交　付　申　請　額　　円

2 新生児等の氏名

3 新生児等の生年月日　　年　　月　　日

4 検査を受けた医療機関等　　名　称
所在地

(注)

- 1 交付申請額は、検査に係る支払額を記入してください。ただし、自動聴性脳幹反応検査の場合にあっては4,700円、耳音響放射検査の場合にあっては2,100円を上限額とします。
- 2 次の書類を添付してください。
 - (1) 母子健康手帳
 - (2) 検査に要した費用の領収書
 - (3) 新生児聴覚スクリーニング検査受診票

三島市 記入欄	受診票	検査領収書	検査記録確認（母子健康手帳）