

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）