

（表）

年 月 日

調布市長 宛

申請者 住所  
氏名  
電話番号 ( )  
受検者との続柄

調布市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

調布市新生児聴覚検査費助成金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。  
また、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関へ確認することに同意します。

同意欄 氏名

受検者 (対象児)	ふりがな			
	氏名	男・女	生年月日	年 月 日
	※お名前が決まっていない場合は、名の記入は不要です			
	住所	〒		
母の氏名				
検査実施日		年 月 日		
検査方法		自動聴性脳幹反応（自動ABR）	耳音響放射（OAE）	
検査費用		円		
助成金申請額		円 ※初回検査費用対象（上限3,000円）		
備考				

振込先 （注）口座名義は、申請者のものに限りませす。

金融機関名	コード					支店名	コード			
預金口座	普通 ・ 当座	口座番号								
フリガナ										
口座名義										

(裏)

〈必要書類〉

- 1 母子健康手帳の早期新生児期【生後1週間以内】の経過の記録の写し
- 2 医療機関が発行した領収書（コピー不可。領収書だけで新生児聴覚検査を受診したことが確認できない場合は、新生児聴覚検査を受診したことが確認できる明細書を添付すること。）
- 3 未使用の「新生児聴覚検査受診票」

〈注意事項〉

- 1 東京都区内に居住する平成31年4月1日以降出生した児が対象。（生後50日に達する日まで）
- 2 初回検査のみ公費負担の対象となり3,000円を上限に、1人につき1回助成します。
- 3 申請期間は出産後、出産日の翌日から起算して1年間です。
- 4 調布市に住民登録がある期間内の新生児聴覚検査に限られます。