

(宛先) 山形市長

〒

申請者 住所 山形市

フリガナ

氏名

電話番号

()

山形市新生児聴覚検査補助金交付申請書兼請求書

私は、令和8年度新生児聴覚検査補助金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。
なお、当該補助金の交付の決定に当たり、私の住民基本台帳について調査することに同意します。

※裏面の注釈をお読みの上、太枠の中を御記入ください。

受検者 (児)	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	受検時の住所 <small>※申請者と異なる 場合に記載</small>			
母親	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日

※補助金の交付の対象となる新生児聴覚検査は、委託医療機関以外の医療機関において山形市新生児聴覚検査補助券を使用せず受検した検査です。

新生児聴覚検査 実施医療機関名	所在地	電話番号

新生児聴覚検査年月日	検査方法	検査結果
年 月 日	AABR ・ OAE	右 (パス・リファー) 左 (パス・リファー)
窓口負担額 (A)	上限額 (B) (裏面の注釈参照)	申請 (請求) 額 (A と B のうち少ない額)
円	円	円

補助金振込先							
金融機関名		預金種目	口座名義	口座番号			
銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	1.普通	フリガナ				
		2.当座					
		3.その他					

市記載欄

起案年月日		收受印
決定年月日		
通知年月日		
決定金額		
受給者番号		

- 注) 1 委託医療機関以外で自己負担により新生児聴覚検査を受けた場合に、検査費用に係る補助金交付申請及び請求ができません。
- 2 補助金の上限額は、自動聴性脳幹反応検査（AABR）については5,000円、耳音響放射検査（OAE）については2,000円となります。
- 3 補助金の振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座を御記入ください。
- 4 補助金の申請期限は、新生児聴覚検査を受けた日の翌日から起算して6か月を経過した日が属する月の末日までとなります。

(添付書類)

- 1 医療機関が発行した領収書（保険適用外の新生児聴覚検査費用であり、その領収印があるもの）
- 2 診療明細書の写し
- 3 新生児聴覚検査補助券（産婦及び児氏名を記入したもの）
- 4 新生児聴覚検査の結果が記載されている母子健康手帳「検査の記録」のページの写し

領収書を紛失した場合は、支払証明が必要になります。

以下の各項目を医療機関から記入してもらうようにお願いします。

医療機関の皆様へお願い

この申請書は、山形市民が里帰り等により、全額自己負担で受診した新生児聴覚検査について、受検後に費用の一部又は全額を補助するための申請書です。

申請者からの依頼がありました際には、以下の項目について御記入くださいますよう、よろしくお願い致します。

	新生児聴覚検査実施医療機関	新生児聴覚検査年月日	検査項目	検査結果
医療機関記入欄	医療機関等の名称及び所在地	年 月 日	AABR ・ OAE	右 (パス・リファー) 左 (パス・リファー)
	開設者又は病院長名	領収金額 (保険適用外分)		
	印			
	電話番号	円		

※ 医療機関等の名称及び所在地につきましては、スタンプを御利用願います。