

様式第2号（第9条関係）

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成申請書

年 月 日

熱海市長 あて

住 所

申請者 氏 名

電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査を受ける際に要した費用の助成を受けたいので、熱海市新生児聴覚スクリーニング検査の実施及び費用の助成に関する要綱第9条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

また、熱海市が当該費用の助成の可否を決定するために、必要な公簿を閲覧することについて同意します。

検査を受けた病院、診療所又は助産所	所在地	
	名称	
	電話番号	
	検査種別	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）
検査を受けた日	年 月 日	
助成の申請額		