

（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			生 年 月 日
	氏 名	男・女		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 母子健康手帳のコピー(新生児聴覚検査の記録のページ)
- 2 領収書の原本(新生児聴覚検査の費用が含まれているもの)
- 3 明細書(領収書の明細がわかるもの)
- 4 未使用の新生児聴覚検査受診票
- 5 キャッシュカード等のコピー(申請書の振込先に記入した口座番号のわかるもの)

〈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。