

様式第1号（第4条関係）

令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費助成金交付申請書

年 月 日

砥部町長 様

申請者

住 所 砥部町 \_\_\_\_\_

新生児氏名 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

県外の医療機関等で聴覚検査及び拡スク検査を受検しましたので、関係書類を添えて、令和7年度砥部町新生児聴覚検査費及び拡大新生児スクリーニング検査費の助成を申請します。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について同意します。

助成対象		検査実施日	申請額
聴覚検査	初回検査	年 月 日	円
	確認検査	年 月 日	円
拡スク検査		年 月 日	円

(注) 助成額は、実際に県外医療機関等で支払った額とする。ただし、上限を検査実施日の属する年度の委託契約に定める額とする。

<職員記入欄>

領収書	<input type="checkbox"/> 聴覚初回検査	<input type="checkbox"/> 聴覚確認検査	<input type="checkbox"/> 拡スク検査
未使用受診票	<input type="checkbox"/> 聴覚初回検査	<input type="checkbox"/> 聴覚確認検査	—
母子健康手帳	<input type="checkbox"/> 聴覚初回検査	<input type="checkbox"/> 聴覚確認検査	<input type="checkbox"/> 拡スク検査