

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	砥部町宮内〇〇〇
新生児氏名	砥部 太郎
保護者氏名	砥部 花子
電 話	(〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇

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	実施日や金額は領収書を確認しながら 記入します。	円
	確認検査		円
	拡スク検査		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	☐ 聴覚初回検査	☐ 聴覚確認検査	☐ 拡スク検査
未使用受診票	☐ 聴覚初回検査	☐ 聴覚確認検査	－
母子健康手帳	☐ 聴覚初回検査	☐ 聴覚確認検査	☐ 拡スク検査