

様式第3号（第11条関係）

つがる市新生児聴覚検査費給付申請書

年 月 日

つがる市長

申請者 住所
氏名
電話番号

つがる市新生児聴覚検査事業実施要綱第11条の規定により、次のとおり検査費の給付を申請する。なお給付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会及び医療機関に対する検査結果等の照会について同意します。

受診児氏名		生年月日	年 月 日
住 所	つがる市		

医療機関名						
検査日	初回検査	年 月 日	結果	右耳	パス	・ リファー
				左耳	パス	・ リファー
検査日	確認検査	年 月 日	結果	右耳	パス	・ リファー
				左耳	パス	・ リファー
申請額	円					

※申請に必要な書類

- (1) 受診票
- (2) 医療機関の発行した領収書（検査方法の記載のあるもの）
- (3) 検査の受診日及び結果の記載された母子健康手帳