

弘前市長 殿

令和 7 年度 弘前市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和 7 年度弘前市新生児聴覚検査費助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍等の確認及び医療機関等へ受診等の確認を行うことに同意します。

※太枠内のみご記入ください。

(ふりがな)		児との続柄	
申請者氏名			
申請者住所			
電話番号			
(ふりがな)		生年月日	令和 年 月 日
対象児の氏名			
検査医療機関名			

※申請者は新生児聴覚検査を受けた児の父または母

振込先	金融機関名	銀行 信金 信組 農協	本店 支店 出張所
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号
	(ふりがな)		
	口座名義人 (申請者と同じ)		

弘前市処理欄					
検査日		検査の種類	助成上限額	助成対象経費	助成額
初回	令和 年 月 日	① 自動ABR	自動ABR 6,600円		
		② OAE	OAE 3,800円		
確認	令和 年 月 日	① 自動ABR	自動ABR 6,600円		
		② OAE	OAE 3,800円		
助成額合計					

- 【必要書類】
- ① 未使用の「弘前市新生児聴覚検査受診票」
 - ② 検査に要した経費の領収書及び医療費明細書の写し
 - ③ 検査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳の写し
 - ④ 出生届出済の証明が記載されている母子健康手帳の写し
 - ⑤ 振込先の金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義人がわかる書類

担当及び提出先：弘前市こども家庭センター こども家庭課母子保健係 (〒036-8003 弘前市大字駅前町 9 番地 2 0 ヒロロ 3 階) 電話：0 1 7 2 - 3 3 - 1 6 5 2
