[서식 1]

난청 (▢ 선별검사비 ▢ 확진검사비) 신청서

1. 대상자 성명		2. 성별	남( ) 여( )	3. 출생일	
4. 신청인 성명		5. 생년월일 (보호자)		6. 연락처(휴대폰)	
5. 주소(거주지)					

7. 선별검사	① 검사명 ☐AABR ☐AOAE	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
	① 검사명 ☐AABR ☐AOAE	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
8. 선별검사 결과	· 1차) 우측: ☐통과(pass) ☐재검(refer) ☐시행못함(fail) / 좌측: ☐통과(pass) ☐재검(refer) ☐시행못함(fail) · 2차) 우측: ☐통과(pass) ☐재검(refer) ☐시행못함(fail) / 좌측: ☐통과(pass) ☐재검(refer) ☐시행못함(fail)			
9. 확진검사 (ABR 또는 ASSR이 반드시 포함되어야 함)	① 검사명	② 검사기관명	③ 검사일	④ 금액(본인부담금)
	☐ABR			
	☐ASSR			
	☐DPOAE			
	☐TEOAE			
	☐Tympanometry			
10. 확진검사 결과	· 좌측 청력: _____dB, 우측 청력: _____dB			
11. 신생아중환자실 5일 이상 입원	☐ O ☐ X			

지원금액 _____원 예금주) 은행명) 계좌번호)

위와 같이 난청 (▢ 선별검사비 ▢ 확진검사비) 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

<제출서류>

- 주민등록등본 1부*
- 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*
  - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능
- 검사비 영수증, 검사비 세부내역서, 검사 결과지 각 1부
- 지원금 입금계좌통장 사본 1부

* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능

<참고> 난청검사 수가코드

구분	검사명	코드
선별검사	AOAE(자동화이음향방사검사)	FZ735
	AABR(자동화청성뇌간반응검사)	FZ736
확진검사	ABR(청성뇌간반응역치검사)	F6400
	ASSR(청성지속반응검사)	F6410
	DPOAE(변조이음향방사검사)	F6382
	TEOAE(크릭유발이음향방사검사)	F6383
	Tympanometry(임피던스청력검사)	F6361

[서식 2]

보청기 지원 신청서					
1. 대상자 성명		2. 성별	남( ) 여( )	3. 출생일	
4. 신청인 성명		5. 생년월일 (보호자)		6. 연락처 (휴대폰)	
5. 주소(거주지)					

위와 같이 보청기 지원을 신청합니다.

20 년 월 일

신청인 (서명)

보건소장 귀하

<제출서류>

- 주민등록등본 1부*
- 건강보험증 사본 및 건강보험료 납부확인서 각 1부*
  - 기초생활보장수급자, 차상위계층의 경우 관련 증명서 또는 확인서로 대체 가능

* 전자정부법에 따른 행정정보의 공동이용을 통한 확인에 동의 시 생략 가능