

柴田町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

柴田町長 殿

申請者 住所

氏名

(続柄:)

(自署又は記名押印)

連絡先 (電話)

新生児聴覚検査費について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
新生児氏名			
保護者氏名			
検査実施 医療機関名			

聴覚検査	検査方法	検査実施日	検査費用支払額	助成申請額
初回検査	自動ABR・OAE	年 月 日	円	円
確認検査	自動ABR・OAE	年 月 日	円	円
			助成申請額合計	円

※助成額は検査ごとに6,000円とする。ただし、検査費用がこれに満たないときは、その額とする。

<振込先>

金融機関名	銀行 信金 農協 労金	支店名	本店 支店
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

<添付書類>

- (1) 新生児聴覚検査の記録が記載された母子健康手帳の写し
- (2) 新生児聴覚検査に係る領収書の写し
- (3) 振込先通帳の写し (金融機関名、口座番号、口座名義人が分かるもの)