

大鰐町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

大鰐町長 殿

申請者 住 所
 (保護者) 氏 名
 電話番号

次のとおり、新生児聴覚検査費用の助成を申請します。
 なお、必要な場合は、医療機関等に対し検査内容等を確認することに同意します。

記

新 生 児	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 大鰐町大字		
聴 覚 検 査	検 査 日	(初回検査) 年 月 日	(確認検査) ※ 年 月 日	
	検 査 方 法	A A B R ・ A B R ・ O A E		A A B R ・ A B R ・ O A E
	医 療 機 関 名			
	検 査 費 用	円		円
申 請 額	円		助成決定額 (町で記入)	円

※確認検査は、初回検査で要再検査になった場合のみ実施

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所	
	口座種別	普通・当座	口座番号
	(フリガナ)		
	口座名義		

(注意) 口座名義人は申請者本人のものに限ります。

【添付書類】

- 領収書や診療明細書等の写し（検査に要する費用を支払ったことが確認できる書類）
- 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
- 振込先通帳の写し（金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人(フリガナ)がわかるもの）