

新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐々町長 様

申請者（保護者）

住所 佐々町 免

氏名

(被検査者との続柄)

電話番号

佐々町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、必要に応じて申請内容について、公簿との照会及び医療機関等への確認することに同意します。

被検査者	氏 名 (新生児)				生年月日		
	住 所						
	検査日	検査方法	検査結果	検査費用	助成限度額	申請額（A 又は B の いずれか低い金額）	
初回検査	年 月 日	AABR／OAE	右：パス・再検査	円	円	円	
			左：パス・再検査				
確認検査 (再検査)	年 月 日	AABR／OAE	右：パス・再検査				
			左：パス・再検査				
検査医療機関							

【振込口座】

金融機関名			支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義（フリガナ）			

処 理 欄	支給決定額	円	確認印	
-------	-------	---	-----	--

※ 添付書類

- 1 医療機関等で実施した新生児聴覚検査費用の領収書の写し
- 2 聴覚検査結果書類又は母子健康手帳