

別記様式（第5条関係）

受付印

新温泉町新生児聴覚検査費助成金支給申請書

新温泉町長 様

別紙証拠書類を添えて、新生児聴覚検査費助成金の償還払いについて申請します。  
 なお、申請内容審査のため、町長が医療機関等へ受診内容の照会をすることを承諾します。

		申請年月日	年	月	日
ふりがな					生年月日
新生児氏名					年 月 日
保護者氏名					
受診医療機関等					
申請金額	_____ 円（上限10,000円）				
申請者	住所	新温泉町 電話番号（ _____ ）			
	氏名	_____ 印			
上記の助成金については、次の口座に振込みを依頼します。 なお、申請者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。					
金融機関名					
支店名					
種 別	普通 ・ 当座	口座番号			
(ふりがな) 口座名義人 (受取人)					

- 注意 この申請書に次の書類を添付してください。
- (1) 聴覚検査を受けた医療機関が発行した領収書
  - (2) 聴覚検査結果書類又は母子健康手帳の写し

<担当課記入欄>

添付書類 確認欄	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 検査結果書類又は母子健康手帳	交付決定（却下）日	年 月 日
検査日	年 月 日	支給決定額	円
検査方法	ABR ・ OAE		