

新生児聴覚検査費用助成申請書

遊佐町長 様

《申請者》 住所 遊佐町

氏名

電話（日中連絡先）

遊佐町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第10条の規定により、必要書類を添えて下記の通り申請します。

なお、申請内容について町が保有する個人情報について閲覧・調査すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

産婦氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
ふりがなの子の氏名		生年月日	令和	年	月	日
検査実施医療機関	名称 住所					

検査日	年 月 日	検査料金	円
検査方法	自動ABR・OAE ※いずれかに○をつけてください。	申請額	上限3,500円 円

振込先	フリガナ						
	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店・支店		
	金融機関コード				店番号		
	フリガナ						
	口座名義						
	口座種別	普通・当座・その他（ ）					
	口座番号						左詰記入

《添付書類》

- (1) 医療機関発行の領収書の原本
- (2) 母子健康手帳の検査記録の写し
- (3) 未使用の新生児聴覚検査受検票（受検票の交付を受けている方）
- (4) 申請者名義の通帳の写し