

印

年 月 日

東大和市新生児聴覚検査費助成金支給申請書兼請求書

東大和市長 殿

申請者住所 東大和市

氏 名 ⑩

続 柄

下記の理由により、新生児聴覚検査費助成金の支給を受けたいので関係書類を添え申請いたします。
なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

記

新生児氏名		新生児の生年月日	年 月 日
受診時の住所	東大和市 電話		
医療機関名		請求金額	円
検査結果			
検査日	使用機器	右耳	左耳
年 月 日	1. 自動ABR 2. OAE	1. パス 2. リファー	1. パス 2. リファー

添付書類

- 新生児聴覚検査と記載された領収書の写し(新生児聴覚検査の記載がない場合は、明細書の写しもご提出ください。)
 未使用の「新生児聴覚検査受診票」

私(申請者)は、児(対象者)の新生児聴覚検査費助成を受けるため、児(対象者)の住民基本台帳を閲覧し、また、検査の内容等について医療機関に照会することに同意します。

年 月 日 申請者 氏名 ⑩

<振込先>

銀行 本店 普通
信用金庫 支店 当座

口座番号 _____ フリガナ
口座名義 _____

※申請者と振込み先の口座名義は統一してください。

【事務処理欄】

交付決定金額	円	助成金決定通知年月日	・	・
--------	---	------------	---	---