

様式第4号（第9条関係）

篠栗町長 様

年 月 日

申請者・請求者 住所 篠栗町 _____
(助成対象者) 氏名 _____
電話 _____
新生児との続柄 _____
母子健康手帳番号 _____

篠栗町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

篠栗町新生児聴覚検査事業実施要綱第9条の規定により次のとおり助成金を申請します。
なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

新生児氏名		生年月日	年 月 日
住所	篠栗町		
検査医療機関名			

1. 検査助成金申請額

検査日		検査方法	結果		自己負担額	申請額
初回	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE	右	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー	円	(上限 5,000 円)
			左	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー		
確認	年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE	右	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー	円	円
			左	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー		

2. 振込口座（申請者名義に限る）

金融機関名		銀行 金庫 組合 農協	本店・支店 支所・出張所					
預金種別	普通・当座	口座番号						
(カナ) 口座名義人								

3. 添付書類

- ・医療機関が発行する検査の領収書及び診療明細書の写し
- ・検査結果の写し又は母子健康手帳の写し
- ・新生児聴覚検査受診券

< 町記入欄 >

決定額

円