

新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

小鹿野町長 様

申請者 住 所
氏 名 ㊟
対象児との続柄
電話番号

小鹿野町新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、小鹿野町新生児聴覚検査費助成金交付要綱第6条の規定により関係書類を添えて申請（請求）します。

なお、申請内容を確認するため、町が保有する個人情報を利用し、又は医療機関に問い合わせることに同意します。

1 対象児

住 所	小鹿野町		
フリガナ		性別	男 女
氏 名			
生 年 月 日	年	月	日

2 検査方法

検査医療機関名		検査 年月日	年 月 日
検査方法 (いずれかに○)	A 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR）		
	B 耳音響放射検査（OAE）		
検査費用（医療機関で支払った金額）	円		

3 申請（請求）額 _____ 円

※ 検査費が助成金額より少ない場合は、検査費を記入する。

4 振込先

金 融 機 関		支店名	
預 金 種 別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※ 口座名義人は申請者と同じ方とする。

5 添付書類

- (1) 検査費用の支払いを証する領収書
- (2) 母子健康手帳の写し

町使用欄 【下記には記入しないでください。】

領収書（原本）	母子健康手帳 （写）	受付	