

受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--

御嵩町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

御嵩町長 宛

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費助成金を申請します。

記

お母さんの 氏 名								印
お母さんの 住 所								電話（ ） —
児 の 名 前								
申 請 額	※ 金 _____ 円 ※は町記入欄 金額の確認のために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会することについて同意します。							検査に直接要した費用。ただし、自動ABRの場合は3,700円、OAEの場合は1,300円を上限とする。
振 込 先	金融機関名	銀行					本店	
		金庫					支店	
		農協					出張所	
	預金種別	普通 当座	(フリガナ) 口座名義人					
	口座番号							
申 請 受 理 年 月 日	年 月 日			承認・不承認 決定年月日		年 月 日		

注) 太枠の中をご記入ください。

- (持参書類) 検査結果票の写し
- 検査の支払内容が分かる書類の写し
- 母子健康手帳(1頁)の写し