

年 月 日

香美町長 様

申請者 〒 _____
 住所 _____
 氏名 _____
 受診者との続柄 () _____
 電話 () _____

香美町新生児聴覚検査費助成申請書

香美町新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、香美町新生児聴覚検査助成事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申請額		円			
新生児氏名 (受診者名)	住 所				
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
振 込 先	金融機関名	銀行 ・ 信用 (金庫・組合) ・ 農協			
	本支店名	本店 ・ 支店 ・ 出張所 ・ 支所			
	フリガナ				
	口座名義人	種別	・普通 ・当座	口座 番号	

(添付書類)

- 1 聴覚検査に要した費用がわかる領収書及び診療明細書の写し
- 2 新生児聴覚検査の検査日、検査方法 (検査機器)、検査結果が確認できるもの (母子健康手帳に記入の場合は母子健康手帳) の写し