

新生児聴覚検査費助成申請書

奥出雲町長

様

申請者 住 所

氏 名

電話番号 () -

奥出雲町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり費用の助成を申請します。

新生児名			生年月日	年	月	日	
住所							
聴覚検査 実施日	年 月 日						
医療機関等	名称						
	所在地						
申請額	円 (上限3,000円)						
振込 指定口座		銀行・信金・信組 農協・労金・連合会 信漁連・()			本店・支店 本所・支所 出張所・代理店		
	預金 種別	1 普通預金		4 貯蓄預金			
		2 当座預金		9 その他			
	口座番号						
	ゆうちょ銀行	記号				/	
		番号					
	カタカナ						
	口座名義						

【添付書類】・医療機関が発行する領収書・診療明細の写し

・聴覚検査の実施が証明できる書類(母子健康手帳の記載事項の写し等)