

田原本町新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

年 月 日

田原本町長 殿

〒

申請者（保護者）住 所：  
 氏 名： 印  
 新生児との続柄：  
 電話番号：

田原本町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、新生児の聴覚検査費用の助成を受けるため、関係書類を添えて申請します。なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

また、聴覚検査費用の助成を決定するに当たり必要があるときは、住民基本台帳の閲覧、聴覚検査を実施した機関への支払内容の確認等を行うことに同意します。

フリガナ 新生児氏名		生年月日	年 月 日	
検査実施日	年 月 日			
検査を受けた時点での申請者の住所 ※申請時と異なる場合のみ記入	〒			
申請（請求）金額	円			
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別 普通・当座 ・その他
	口座番号		フリガナ 口座名義人 (申請者と同一)	

町記入欄

受付印	添付書類	検査方法（自動 ABR・OAE）	検査費用 （領収金額）	助成金額
	<input type="checkbox"/> 領収書の写し <input type="checkbox"/> 検査の種類及び結果が分かる書類の写し <input type="checkbox"/> 未使用の受診券 <input type="checkbox"/> 振込先口座確認書類の写し <input type="checkbox"/> その他（ ）		円	円

裏面もお読みください。

