

様式第1号の1(第7条関係)

筑前町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

筑前町長 宛

申請者 住所： \_\_\_\_\_  
 (保護者) 氏名： \_\_\_\_\_ ⑩  
 電話： \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 受診者との続柄： \_\_\_\_\_ ( )

新生児聴覚検査を下記のとおり受診しましたので、筑前町新生児聴覚検査費助成金交付要綱に基づき助成金の交付を申請します。

フリガナ				生年月日
新生児氏名				年 月 日
検査内容	<input type="checkbox"/> A A B R ( <input type="checkbox"/> 初回検査 <input type="checkbox"/> 確認検査 ) <input type="checkbox"/> O A E ( <input type="checkbox"/> 初回検査 <input type="checkbox"/> 確認検査 )			
検査受診日	初回検査	年 月 日	確認検査	年 月 日
受診医療機関	名称			
	所在地			
添付書類	<input type="checkbox"/> 検査に要した経費の領収書及び診療内容がわかる書類 <input type="checkbox"/> 検査に対し、医療保険給付金及び県助成並びにその他の給付等がある場合は、その金額が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し(検査の結果が確認できる部分)			

助成金の振込先 ※口座名義は申請者のものに限りません。

金融機関名			支店名				
預金種別	普通・当座	口座番号 (※右詰め)					
口座名義人	フリガナ						
	-----						

町記入欄

助成金の額	円
算定根拠	