

様式第1号（第4条関係）

蔵王町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

蔵王町長 殿

申請者（窓口に来た方）

住 所

氏 名

印

電 話

新生児聴覚検査に要した費用について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

母子健康手帳番号				
保護者氏名				
新生児氏名				
新生児生年月日				
検査医療機関				
検 査 日 等	検査年月日		自己負担額	助成請求額 (※町記入欄)
	年 月 日		円	円
検査方法及び検査結果 (実施した検査方法の番号に○をつけてください)		種類 1. AABR 2. ABR 3. OAE	検査結果 右：pass ・ refer 左：pass ・ refer	
振 込 先	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	口座種別	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	口座名義人	(ふりがな)		

- <添付書類>
- 1 新生児聴覚検査の記録が記載された母子健康手帳の写し
 - 2 新生児聴覚検査に係る領収書の写し
 - 3 振込先通帳の写し（金融機関名、口座番号、口座名義人が分かるもの）