

第6号様式（第7条関係）

棚倉町新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

棚倉町長

申請者名 氏 名

住 所 棚倉町大字

電話番号 — —

下記のとおり、棚倉町新生児聴覚検査規則第7条の規定により、新生児聴覚検査費助成金の交付を申請します。

(フリガナ) 乳児氏名		(生年月日： 年 月 日生)			
乳児住所 (申請者と異なる場合)		棚倉町大字 字			
支 払 額		検査機器 (☐ 自動 A B R ☐ O A E) ☐ 初回検査 金 _____ 円 ☐ 確認検査 金 _____ 円 ☐ 再確認検査 金 _____ 円		合計額 金 _____ 円	
申 請 額		金 _____ 円			
振 込 先	金融機関名	銀 行 信用金庫 農 協	本店 支店 支所	口座種別	普通・当座
	フリガナ 口座名義人			口座番号	
添 付 書 類		・聴覚検査に係る領収書又は、保険診療証明 ・検査結果を確認できる書類（母子健康手帳又は検査結果通知書の写し） ・預金通帳（振込希望口座）の写し			

※領収書を提出できない場合は、医療機関から下記欄に記載してもらってください。

保 険 診 療 証 明 欄					
年 月診療分					
新生児聴覚検査費受領金額 _____ 円（保険適用分は、含まない）					
上記のとおり証明します。					
年 月 日		医療機関		所在地	
				名 称	
				氏 名	
				印	

交付決定額
円