

国富町新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

国富町長 中別府 尚文 殿 令和 年 月 日

申請者 住所
氏名 印
電話
助成対象者との関係

新生児聴覚検査費用の助成について、次のとおり申請します。
なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

フリガナ 対象者氏名		生年月日	年 月 日
実施した 医療機関	医療機関名 所在地		
検査実施日	年 月 日 (か月 日)		
検査結果	右耳 : 異常なし 要確認検査 左耳 : 異常なし 要確認検査	判定	異常なし 要確認検査
領収書記載額	円		
請求額	円 (費用助成額は、検査費用の実支出額と、当該年度の助成金額と比較して少ない額となります。)		

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農協 信用組合		本店 支店
	預金種別	普通・当座・貯蓄・()	口座番号	
	フリガナ 口座名義			

- ※添付書類
- ☐未使用の「新生児聴覚検査同署兼助成券」
 - ☐母子健康手帳の「新生児聴覚検査の記録」欄の写し、又は検査結果のわかるもの
 - ☐医療機関発行の領収書の原本
 - ☐「国富町新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書」