

様式第3号（第5条関係）

つるぎ町新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

つるぎ町長 殿

申請者

住所 つるぎ町

氏名

電話

印

新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

受診者	氏名		生年月日	年	月	日
	住所	つるぎ町		電話		
申請額	金 円					
医療機関名						
検査受診日	年	月	日	検査方法	<input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE	

【振込口座】

金融機関名	銀行 農業協同組合		支店 支所
預金種別	普通・当座	口座番号	
(フリガナ) 口座名義			

処理欄		
申請額 計 (I)	委託額 計 (II)	支給決定額 (I)と(II)の金額を比較し少ない額

年 月 日 取扱者 印

※助成限度額（つるぎ町妊婦及び乳児健康診査費助成事業実施要綱第4条参照）

検査費が上限額を超えた場合は、上限額までしか助成(申請)できません。助成(申請)対象は初回検査のみです。

※添付書類

1. 領収書
2. 結果が記載された物（母子健康手帳等）の写し
3. 未使用の新生児聴覚検査受診票

私は、つるぎ町新生児聴覚検査費助成申請に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

年 月 日

申請者 住所 つるぎ町

氏名

印