

柴田町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

柴田町長 殿

記入不要
書類確認後、^年 ^月 ^日こちらで記入します。

申請者 住所 **柴田町...**
氏名 **柴田 はなみ** (続柄: **母**)
(自署又は記名押印)
連絡先 (電話) **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

新生児聴覚検査費について、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

フリガナ	シバタ ユズ	生年月日	令和〇年〇〇月〇〇日
新生児氏名	柴田 ゆず		
保護者氏名	柴田 はなみ	申請者の名前を記入	
検査実施 医療機関名	〇〇病院		

聴覚検査	検査方法	検査実施日	検査費用支払額	助成申請額
初回検査	自動ABR ・OAE	令和〇年〇月〇日	記入不要 書類確認後、 ^円 こちらで記入します。	円
確認検査	自動ABR ・OAE	令和〇年〇月〇日		円
助成申請額合計				円

※助成額は検査ごとに6,000円とする。ただし、検査費用がこれに満たないときは、その額とする。

<振込先>

金融機関名	〇〇 銀行 信金 農協 労金	支店名	〇〇 本店 支店
預金種別	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
フリガナ	シバタ ハナミ		
口座名義人	柴田 はなみ		

<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)

申請者名義の口座を記入