

芦屋町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

芦屋町長 様

年 月 日

下記のとおり、新生児聴覚検査を受けたので、芦屋町新生児聴覚検査費助成金交付要綱第7条に基づき、助成金の交付を申請します。また、この申請内容について医療機関等へ確認することに同意します。

申請者	保護者氏名		電話番号
			() -
	住所	〒 芦屋町	
	子の氏名		生年月日
年 月 日			

自己負担額 (領収書金額)	円	申請額 (上限 5,000 円)	円
検査実施日	年 月 日 (生後 日)		
検査内容	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE		
検査結果	【右】 <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファー) 【左】 <input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要再検査 (リファー)		
医療機関名			

口座振込依頼欄	銀行・信用金庫 農協・信用組合			本店・支店 支所・出張所						受付印	
	種目	1 普通	2 当座	3 貯蓄	口座番号						
	フリガナ										
	口座名義 (保護者氏名)										

【添付書類】

- ① 新生児聴覚検査を受けた医療機関が発行した領収書等支払いが分かるもの
- ② 母子健康手帳