

様式第 1 号（第 9 条関係）

美浜町新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

美浜町長 様

新生児聴覚検査を実施しましたので、美浜町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第 9 条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (保護者)	氏 名			
	生 年 月 日			
	住 所			
	電 話 番 号			
検査を受けた子の氏名				
生 年 月 日		年 月 日		
検 査 日	年 月 日	検 査 費 用	円	
検 査 実 施 機 関				
申 請 金 額		円		
振 込 先	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	カタカナ			
	口座名義人 (申請者と同一)			

※添付書類

- ① 検査実施機関が発行した領収書（新生児聴覚検査に要した費用が確認できるもの）
- ② 受診票原本又は母子健康手帳の写し（いずれも新生児聴覚検査の方法、結果が記載されたもの）