様式第１号（第６条関係）

新生児聴覚検査費用助成金交付申請（請求）書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

有田町長　様

申請者（保護者）　住所　有田町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被検査者との続柄　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　）

有田町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第６条の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、必要に応じて申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

助成金請求額　　金　　　　　　　　　円　（上限5,000円）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被検査者 | 氏　名（新生児） | | |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 住　所 | | | 有田町 | | | | | | | | | | |
|  | | 検査日 | | | 検査方法 | 検査結果 | | | | 検査費用 | | | | |
| 初回検査 | | 年　月　日 | | | AABR・OAE | 右： パス　再検査 | | | | 円 | | | | |
| 左： パス　再検査 | | | |
| 確認検査  （再検査） | | 年　月　日 | | | AABR・OAE | 右： パス　再検査 | | | | 円 | | | | |
| 左： パス　再検査 | | | |
| 検査医療機関 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 上記の助成金については、次の口座に振り込みを依頼します。  なお、申請者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領委任します。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | |  | | | 支店名 |  | | | | | | | |
| 種　別 | | | 普通　・　当座 | | | 口座番号 |  |  |  | |  |  |  |  |
| （ふりがな）  口座名義人  （受取人） | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

注意　この請求書に次の書類を添付して下さい。

　（1）医療機関等で実施した新生児聴覚検査費用の領収書の写し

　（2）聴覚検査結果書類又は母子健康手帳