

様式第1号(第6条関係)

坂祝町新生児聴覚検査助成申請書兼助成金交付請求書

年 月 日

坂祝町長 様

新生児聴覚スクリーニング検査を実施しましたので、坂祝町新生児聴覚検査事業実施要綱の規定に基づき、下記のとおり申請(請求)します。

申請(請求)者 (保護者)	住 所	坂祝町		
	氏 名	Ⓜ		
	生年月日	年	月	日
赤ちゃんのお名前 生 年 月 日	年 月 日生まれ			
検査実施 医療機関名				
検査費用	円			
助成申請 (請求)金額	円 (検査費用と3,700円と比較して少ない額)			
振込先の指定	金融機関名・店舗名	種別	口座番号	口座名義人
				フリガナ -----

※ 添付書類

- ① 領収書(原本)
- ② 新生児聴覚スクリーニング検査結果票(様式第2号)
- ③ 母子手帳(写し)