

様式第1号(第5条関係)

有田市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

有田市長 様

新生児聴覚検査を実施しましたので、有田市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請(請求)します。

申請(請求)者 (保護者)	住 所			
	氏 名	⑩		
	生年月日	年	月	日
新生児の氏名 生 年 月 日	年 月 日生まれ			
検査実施日	初 回 検 査	確 認 検 査		
	年 月 日	年 月 日		
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (A A B R)	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (A A B R)		
	<input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (O A E)	<input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (O A E)		
検査費用	円	円		
検査実施 医療機関名				
助成申請 (請求)金額	円			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店舗名	本店 支店 支所 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人 (申請者と同一)			

※添付書類

- ① 新生児聴覚検査に係る領収書
- ② 新生児聴覚検査の方法及び結果がわかる書類(写し)又は母子健康手帳(写し)