

白川町新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

白川町長様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請します。

なお、申請書の適正を判断するために必要な場合は、医療機関等に対し検査内容等を照会することについて同意します。

記

申請者 (保護者) 氏名	印	住所	白川町
対象児 氏名		対象児 生年月日	年 月 日
支払額 * 初回検査、 確認検査に 要した費用	①初回検査 金 _____ 円 ②確認検査（初回検査と同じ病院で行った2回目の検査） 金 _____ 円 ③合計額 金 _____ 円 *①+②の合計を記入		

助成額 金 _____ 円

振込先	金融 機関名	銀行・金庫 農業協同組合		本店・支店 出張所
	種別	普通・当座	番号	
	口座 名義人	ふりがな		
申請受理年月日	年 月 日	承認・不承認 決定年月日	年 月 日	

○太枠内をご記入ください。

○添付書類 新生児聴覚スクリーニング検査結果票
聴覚検査に係る領収書