

様式第1号（第5条関係）

川西町新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

川西町長様

申請者 住所
(保護者) 氏名 印
電話番号

川西町新生児聴覚検査費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

受診者	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	(月)
	住所				
実施場所		検査種類	AABR OAE	実施日	
請求金額	円				

川西町新生児聴覚検査費用助成金を下記の口座へ振り込んでください。

	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合		本店 支店	預金 種別	普通・当座
口座番号			フリガナ		
			口座名義人		

【必要書類】

- 新生児聴覚検査の費用を支払ったことを証する領収書（申請者又は受診者氏名、受診年月日、領収金額、検査医療機関名のあるものに限る。）
- 母子健康手帳の新生児聴覚検査記録欄の写し