

新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

川上村長 殿

申請者 住所
(保護者)

氏名 ⑩

電話

新生児聴覚検査費用の助成について、次のとおり申請します。
なお、助成費用については、次の口座に振り込んでください。

保護者氏名 (年 月 日生)	新生児氏名(名前が決まっている方) (年 月 日生)
住所(検査当日の住所) 川上村	
医療機関名	請求金額
	円

金融機関名	支店名	種類	口座番号						
銀行 金庫 組合 農協		1. 普通 2. 当座							
フリガナ									
口座名義人									
住所									

※添付書類

- ①新生児聴覚検査を受けた医療機関発行の領収書の写し
(「新生児聴覚検査」と明記のない場合は診療費明細書もお持ちください)
- ②新生児聴覚検査の結果票(方法及び結果がわかるもの)又は母子手帳

事務処理欄

- 添付書類 ①検査を受けた医療機関発行の領収書又は診療費明細書
②検査の結果票(方法及び結果がわかるもの)又は母子手帳
- 検査年月日 年 月 日
- 検査方法 自動A B R ・ O A E
- 検査結果確認 ①右 : pass ・ refer 左 : pass ・ refer
②右 : pass ・ refer 左 : pass ・ refer
- 医療機関名
- 検査費用 円
検査費不明の場合の電話確認 年 月 日
- 交付決定金額 円