

年 月 日

平内町長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名 ⑩  
電話番号

### 平内町新生児聴覚スクリーニング検査費助成申請書兼請求書

平内町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（請求）します。

#### 記

請 求 金 額		円		
新 生 児	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	平内町大字		
聴 覚 検 査	検 査 日	(初回検査) 年 月 日	(確認検査)	年 月 日
	医療機関名			
	検 査 費 用		円	円
振 込 先 金 融 機 関	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協・漁協		本店 支店 支所
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号	
	(フリガナ) 口座名義人			

(注意事項)

1. 金融機関口座名義は申請者本人のものに限ります。
2. 「新生児聴覚検査結果票の写し」「検査料にかかる領収書（出産費用に含まれている場合は明細書）」を添付すること。