

様式第1号（第5条関係）

新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

志賀町長 様

申請者 住所 志賀町 _____

氏名 _____ ㊟

連絡先 _____

志賀町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、助成金の交付を次のとおり申請及び請求します。

対象児氏名		生年月日	年 月 日
保護者氏名		続 柄	
住 所	※申請者と同じ場合は記入不要 志賀町		
検査実施 医療機関名		検査実施日	年 月 日
検査方法	※該当する検査に✓をつける <input type="checkbox"/> 自動ABR（自動聴性脳幹反応検査） <input type="checkbox"/> OAE（耳音響放射検査）		
検査結果	※該当する結果に✓をつける 左： <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファーマ 右： <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファーマ		
初回検査料	円 ※検査に直接要した費用		
請求金額	円 ※初回検査料（上限5,000円）		

振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		支店・本店
預金種類	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

- （添付書類） ① 聴覚検査に係る領収書の写しまたは新生児聴覚検査費用領収証明書
② 母子健康手帳の写し（聴覚検査の結果が確認できるもの）
③ 振込先口座の通帳の写し