

様式第3号（第10条関係）

新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

大河原町長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

㊞（受診者との捺印）

新生児聴覚検査費用助成について、大河原町新生児聴覚検査実施要綱第10条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

受 診 者	ふりがな 氏 名	(男・女)		生年月日	年 月 日生
	住 所	大河原町			母子健康手帳番号
検査内容	検査日	上限額 (A)	支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれかの少ない額	
初回検査	年 月 日	6,000 円	円	円	
確認検査	年 月 日	6,000 円	円	円	
振 込 先	金融機関名				支店
	口座番号	(普通・当座)			
	ふりがな 口座名義人				

添付書類

- (1) 町が交付した未使用の新生児聴覚検査受診票（助成券）
- (2) 医療機関が発行した検査対象者又はその保護者の氏名、検査日及び検査に要した費用が記載されている領収書、その他検査に要した費用の支払額等が確認できる書類
- (3) 検査結果が記載された母子健康手帳
- (4) その他町長が必要と認める書類