

様式第 2 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

㊞ （受診者との続柄 ）

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	8, 000 円	円	円	
確認検査		年 月 日	8, 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