

## 新生児聴覚検査契約外医療機関等費用補助申請書

年 月 日

葉山町長 殿

住 所.....  
 申請者 氏名.....(検査対象児との関係.....)  
 電 話 番 号.....  
 申請者の個人番号 

--	--	--	--

--	--	--	--

--	--	--	--

新生児聴覚検査費用補助事業実施要綱第10条の規定により、契約外医療機関等で受けた新生児聴覚検査に要した費用の補助について申請します。

1 補助申請額 \_\_\_\_\_ 円

2 新生児聴覚検査受診状況

検査名	新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> A A B R (補助額 3,000 円) <input type="checkbox"/> O A E (補助額 1,500 円)
検査を受けた お子さんの氏名	
検査を受けた お子さんの生年月日	年 月 日
検査年月日	年 月 日
検査を実施した 医療機関名	
検査金額	

3 受取希望口座

金融機関		銀 行 信用金庫 農 協	本 店 ・	支 店	支 所	出張所
	普通 ・ 当 座	口座番号				
フリガナ						
口座名義人						

\* 事務処理欄

新生児聴覚検査 費用の補助を		行 う	補助金額	円
		行わない 理由 ( )		

決裁	課 長	課長代理・補佐	係 長	担当者	受付年月日	
					起案年月日	
					決裁年月日	