

様式第1号（第5条関係）

新冠町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

新冠町長 様

〒  
(申請者) 住 所 新冠町字  
氏 名  
対象者との続柄  
電 話 番 号

下記のとおり、新生児聴覚検査費用の助成を受けたいので、証拠書類を添えて次のとおり申請します。  
なお、必要な場合に、町が医療機関に対し、検査内容等を照会することについて同意します。

※太枠内記入

(ふりがな) 対象者の氏名		生年月日	年	月	日
検査実施 医療機関	名 称		電話番号		
	住 所				
検査年月日		年	月	日	検査費用
					円
交付申請額					円

振込先金融機関名	種目	口座番号
・ 苫小牧信用金庫 新冠支店 ・ 新冠町農業協同組合 本所 ・ その他 ⇒ ( 支店)	1 普通 2 当座 3 その他	
フリカナ		
口座名義人		

- 【添付する書類】
1. 新生児聴覚検査にかかった費用の領収書
  2. 検査方法・結果がわかる書類又は母子健康手帳の写し
  3. 振込先のわかるもの

【注意事項】

- 1) 原則、検査日から6ヶ月以内に町へ申請してください。