

様式第 3 号（第 9 条関係）

基山町新生児聴覚検査費助成申請（請求）書

年 月 日

基山町長 様

（申請者） 住 所
氏 名 印
電 話

基山町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第 9 条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

産 婦 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
新生児の氏名		生年月日	年 月 日
受診医療機関名			
検査受診日 自己負担額	年 月 日	自己負担額	円
助成申請額	金 円		
振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 本所・支所
	口座種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義		

- 1 助成申請額は、実際に新生児聴覚検査に要した費用の額です。ただし、5,000円を上限とします。
- 2 添付書類
 - （1）受診した医療機関等が発行する領収書の写し
 - （2）母子健康手帳など検査結果が記載されているものの写し
 - （3）その他町長が必要と認める書類
- 3 申請者と口座名義人は、同一でお願いします。
- 4 聴覚検査を受けた日から起算して1年以内に申請してください。