

別記様式第3号（第7条関係）

新生児聴覚検査費用助成申請書

年 月 日

上三川町長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話 番 号
子との関係

新生児聴覚検査を受けたので、当該費用の助成について関係書類を添えて申請します。

(ふりがな) 子の氏名		子の 生年月日	年 月 日	
子の住所	上三川町			
申請 内容	検 査 種 別	検 査 日	検 査 費 用	申 請 額
	初回検査	年 月 日	(a) 円	(a+b)の額、または 5,000円のいずれか小さい額を記入
	確認検査	年 月 日	(b) 円	
	合 計		(a+b) 円	

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店名	
	口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			※この欄には記入しないでください。
	口座名義		助成金額	

※添付書類

- 1) 新生児聴覚検査に要した金額を証明できる書類
- 2) 母子健康手帳の写し等検査結果が分かる書類
- 3) 新生児聴覚検査受診票