

藤崎町新生児聴覚検査費助成申請書

令和 年 月 日

藤崎町長 様

【申請者】

住 所 〒
藤崎町大字

氏 名
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く、藤崎町新生児聴覚検査費用助成要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、本申請に基づく助成金の支給額決定にあたり、確認等が必要な場合には、町が医療機関へ検査に関する確認等を行うことに同意します。

対象児	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	令和 年 月 日		
検査年月日	初回検査	令和 年 月 日		
	確認検査	令和 年 月 日		
助成申請額	初回検査	確認検査	合計	
	円	円	円	
振込先	銀行 農協 信用金庫 支(本)店			
	種別	当座 普通	口座番号	
ふりがな				
口座名義人				

事務処理欄

【添付書類】

- 1 新生児聴覚検査結果が記載されている書類（母子健康手帳等）の写し
- 2 新生児聴覚検査に係る領収書または明細書等の写し
- 3 振込先の通帳の写し
- 4 母子健康手帳の写し

收受日