

様式第1号（第5条関係）

新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

天塩町長 様

申請者 住所 天塩町

氏名 印

TEL

新生児聴覚検査費用の交付を受けたいので、医療機関の領収書および健診記録の写しを添えて申請します。

対象児 氏名	-----		生年月日	年 月 日
検査実施医療機関				
検査実施日	年 月 日			
申請額	円（※新生児聴覚検査に要した費用）			
検査結果	異常なし		異常あり	

振込先	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店
		農協		本所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな	-----		
口座名義人				

【添付書類】

- 医療機関が発行した領収書の写し（新生児聴覚検査の金額が記載されているもの）
- 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
- 預金通帳の写し