

様式第1号（第5条関係）

新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）越生町長

申請者 住所 _____
 氏名 _____ 印

越生町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、助成金の交付を次のとおり申請及び請求します。

対象児氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
検査実施医療機関			
検査方法	自動聴性脳幹反応検査（A A B R） 聴性脳幹反応検査（A B R） 耳音響放射検査（O A E） ※該当する検査に○をつける。		
検査結果	パス（反応あり） ・ リファ－（要再検）		
初回検査料	円 ※検査に直接要した費用		
請求金額	円 ※初回検査料（上限5,000円）		
振込先金融機関名	銀行・信用金庫・農協		支店・店
預金種類	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

※添付書類 聴覚検査に係る領収書の写し
 母子健康手帳の写し（聴覚検査の結果が確認できるもの）