

様式第1号（第9条関係）

### 新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

※太枠内をご記入ください。

母子手帳 交付番号		産婦氏名 (生年月日)		新生児氏名 (生年月日)	
住 所	大刀洗町大字			連絡先	
医療機関名					

新生児聴覚検査の費用内訳（太枠内をご記入ください）

検査年月日	検査費用（自己負担額）	上限額	助成金額
年 月 日		AABR 3,000 円 OAE 1,500 円	

上記のとおり、新生児聴覚検査に要した費用に関する、証拠書類を添えて申請及び請求します。  
なお、支給額については下記の口座へ送金願います。

銀行・農協 支店・支所	普通・当座	口座番号						口座名義（フリガナ）
年 月 日 請求者 住 所 大刀洗町大字  氏 名  大刀洗町長 様								

備 考	<input type="checkbox"/> 通帳の写し <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 受診券
-----	--