

年 月 日

八雲町長様

《申請者》

住所：八雲町

氏名：

続柄：（ ）

電話番号：

八雲町新生児聴力検査費用助成事業実施要綱第7条に基づき、下記のとおり申請します。
 なお、助成金の交付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会及び医療機関に対する検査結果等の照会について同意します。

1. 受検者の状況

受検児の氏名		生年月日	年	月	日
母の氏名		生年月日	年	月	日
住所					

2. 受診状況、検査料金支払い金額

※太枠の中を記入してください。

受診医療機関名					
検査内容		受診日	支払い金額	助成対象額	
初回	自動ABR	年 月 日	円	円	
	OAE	年 月 日	円	円	
確認	自動ABR	年 月 日	円	円	
	OAE	年 月 日	円	円	

3. 振込先金融機関の名称及び口座番号

口座振替依頼欄	銀行	本店 支店	種目	口座番号					
	信金 農協 漁協		1 普通預金 2 当座預金 3 その他						
フリガナ									
口座名義人									

※ 申請時には①新生児聴覚検査の領収書、診療明細書、②検査日・検査方法及び検査結果を確認できるもの（母子手帳等）、③未使用の新生児聴覚検査受診票（委託医療機関以外を受診した場合）④申請者の本人確認書類（写し）を提出してください。

■八雲町記入欄

上記の件、審査の結果下記のとおり決定し、別紙により通知してよろしいか伺います。

起案年月日		年 月 日				□支給 □不支給
課長	課長補佐	主幹	係長	合議	提案者	支給決定額 円
						確認者氏名