

内灘町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

内灘町長

申請者（口座名義人と同一）

住 所 内灘町

氏 名 ⑩

対象児との続柄

連絡先

内灘町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。なお、助成金の交付に係る審査に際して必要があるときは、住民基本台帳の閲覧、新生児聴覚検査実施医療機関への支払内容の確認等を行うことに同意します。

請 求 額	円 （聴覚検査に直接要した費用）	円 （検査費用の1/2の額 上限額は、4,000円 1円単位の端数は、切捨て）
-------	---------------------	--

対 象 児 氏 名		生年月日	年 月 日
検査を受けた時点での対象児の住所	□申請者と同じ。 内灘町		
金 融 機 関 名		本・支店名	
預 金 種 別	預金種類	普通 当座	口座番号
口 座 名 義 人 （申請者と同一）	フリガナ		

- （添付書類）
- 1 聴覚検査に係る領収書及び明細書
  - 2 母子健康手帳の写し（聴覚検査の種類及び結果が確認できるもの）
  - 3 振込先口座の通帳等の写し
  - 4 申請者の身分を証明する書類（マイナンバーカード等）※郵送申請の場合には写しを添付

（内灘町記入欄）

検査実施医療機関		検査実施日	年 月 日
検査方法※該当検査に○	自動 ABR（自動聴性脳幹反応検査）		OAE（耳音響放射検査）
<input type="checkbox"/> 口座添付 <input type="checkbox"/> 身分証添付	<input type="checkbox"/> 住基確認	<input type="checkbox"/> 申請入力	<input type="checkbox"/> 口座入力
		<input type="checkbox"/> 支払日	<input type="checkbox"/> 備考