

様式第1号（第8条関係）

県外医療機関等における新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

児の氏名	住所		
	ふりがな 氏名		
	生年月日	年	月 日
検査医療機関等	所在地		
	名称		
検査実施日	年 月 日		
検査の種類	ABR ・ OAE		
検査結果	右（パス・リファー） 左（パス・リファー）		
<p style="text-align: center;">申請額 金 円</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
申請者	住所：		
	氏名：	印	
	電話：		
	（児との関係：	）	
北 島 町 長 殿			
口座振込依頼書			
この支払い金は、下記指定の預金口座へ振り込み願います。			
（ ）銀行・金庫・農協（ ）本・支店・支所（ ）出張所			
預金種別	口座番号	口座名義人	ふりがな
1 普通預金			
2 当座預金			

※1 次に掲げる書類を添付してください。

- ・検査を実施した医療機関から発行された領収書
- ・検査結果が記載されているもの（母子健康手帳、結果票）の写し

※2 申請者と振込先の口座名義人は同一の方でお願いいたします。