

道外新生児聴覚検査費用助成申請書

令和 年 月 日

深川市長 様

住 所
申請者氏名
電 話 番 号
続 柄

印

北海道外の医療機関等において受診した新生児聴覚検査の費用につきまして、助成を受けたいので次のとおり申請します。

1. 対象者の状況

子どもの氏名		生年月日	年 月 日
母の氏名		生年月日	年 月 日(歳)
住 所			
受診医療機関等			

2. 受診日及び支払金額 ※太枠の中を記入してください。

検査内容	受診日	助成上限額	支払金額	助成対象額
自動 ABR	年 月 日	7,000円	円	円
OAE	年 月 日	7,000円	円	円

※助成金には上限額があります。支払金額とは異なりますので、ご注意ください。

3. 入金先

銀行 信用金庫 農業協同組合 信用組合	本店・本所 支店・支所 出張所	種目	口座番号						
		普通預金 当座預金 その他							
口座名義人 (かた)									

※申請時には新生児聴覚検査の領収書、母子手帳、未使用の新生児聴覚検査受診票を持参してください。

(深川市記入欄)

課 長	課長補佐	係 長	係	担 当

本件、審査の結果支給決定し、別紙のとおり通知してよろしいか伺います。 年 月 日