

別記様式（第8条関係）

串本町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

（償還払受診用）

年 月 日

串本町長 様

申請者（保護者）住 所  
氏 名  
電話番号

印

新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

ふりがな 新生児氏名		生 年 月 日	年 月 日
検査実施日	(初回検査) 年 月 日	(確認検査) 年 月 日	
検査実施 医療機関名	〒 (電話番号)		
検査結果	(初回検査) 異常なし ・ 要再検査	(確認検査) 異常なし ・ 要精密検査	
検査費用	(初回検査) 円	(確認検査) 円	
申請（請求）金額	円		
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店 舗 名 支店 ※ゆうちょは漢数字
	預金種別	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 新生児聴覚検査に要する費用を支払ったことがわかる書類
  - 2 母子健康手帳
  - 3 受診票
  - 4 前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

別記様式（第8条関係）

【記入例】

串本町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

（償還払受診用）

△△年△△月△△日

串本町長 様

申請者（保護者）住 所 串本町串本△△△番地

氏 名 串本 太郎 印

電話番号 〇〇-〇〇〇〇

新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

ふりがな 新生児氏名	くしもと いちろう 串本 一郎	生 年 月 日	△△年△△月△△日
検 査 実 施 日	(初回検査) △△年△△月△△日	(確認検査)	△△年△△月△△日
検 査 実 施 医 療 機 関 名	〒△△△△ 串本町串本△△△番地 △△△△△△病院 (電話番号) 〇〇-〇〇〇〇		
検 査 結 果	(初回検査) 異常なし ・ 要再検査	(確認検査)	異常なし ・ 要精密検査
検 査 費 用	(初回検査) 〇〇, 〇〇〇円	(確認検査)	〇〇, 〇〇〇円
申 請 ( 請 求 ) 金 額	〇, 〇〇〇円		
振 込 先	金 融 機 関 名	△△△△ 銀行 金庫 農協	店 舗 名 △△△支店 ※ゆうちょは漢数字
	預 金 種 別	普通 ・ 当座	口 座 番 号 〇〇〇〇〇〇
	口 座 名 義 人 (申請者と同一)	(フリガナ) クシモト タロウ 串本 太郎	