

別記第1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 あて

申請者（保護者）住 所

氏 名

印

電話番号

新生児聴覚検査を実施したので、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
妊 婦 氏 名			
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

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）

令和〇年〇月〇日

串本町長 あて

申請者（保護者）住 所 串本町串本1800

氏 名 串本 町子

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

印

新生児聴覚検査を実施したので、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	令和〇年〇月〇日
妊 婦 氏 名	串本 町子		
検 査 実 施 日	(初回検査) 令和〇年〇月〇日	(確認検査)	年 月 日
検 査 実 施 医 療 機 関 名	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町〇〇〇〇 〇〇病院 (電話番号) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
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) 円	(確認検査)	円
申 請 (請 求) 金 額	5,000 円		
振 込 先	金 融 機 関 名	〇〇 銀行 金庫 農協	店 舗 名 〇〇 支店 ※ゆうちょは漢数字
	預 金 種 別	普通・当座	口 座 番 号 〇〇〇〇〇〇〇
	口 座 名 義 人 (申請者と同一)	(フリガナ) くしもと まちこ 串本 町子	

- (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