

東北町新生児聴覚検査費用給付申請書兼請求書

年 月 日

東北町長 殿

申請者 住所
(保護者) 氏名 ⑩
電話

東北町新生児聴覚検査費用の給付を受けたいので、東北町新生児聴覚検査事業実施要綱の規定に基づき、関係書類を添えて申請・請求します。

なお、本申請の審査に必要な情報について調査すること、医療機関に対する検査結果等の照会をすることに同意します。

記

ふりがな 児 氏 名	
児の生年月日	年 月 日
検査医療機関	

振 込 先	金融機関名		支店名						
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	ふりがな 口座名義人								

以下、町記入欄

検査内容	検査年月日	結果	給付申請額
初回検査	年 月 日	右：パス・再検査 左：パス・再検査	円
確認検査	年 月 日	右：パス・再検査 左：パス・再検査	円
合計			円

- <添付書類> 新生児聴覚検査の結果が記載された母子健康手帳の写し
 新生児聴覚検査に係る領収書・診療明細書の写し
 振込先通帳の写し（金融機関名、口座番号、口座名義人がわかるもの）