

様式第2号（第12条関係）

年 月 日

中央市長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

中央市新生児聴覚検査費助成金支給申請書

中央市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第12条第1項の規定により、次のとおり助成金の支給を申請します。

母子健康手帳交付番号			
新生児氏名			
新生児生年月日	年	月	日生
検査医療機関名			
検査日等	検査年月日	自己負担額	助成金
	年 月 日	円	円
検査方法 (実施した検査方法の番号 に○をつけてください。)	1 自動ABR 2 OAE		
助成金支給申請額	円		
振込先	金融機関名	本支店名	
	種 別	普通 ・ 当座	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人		

※太枠内は、この用紙を受付窓口へ提出する際、職員に確認の上、記入してください。
(添付書類)

- 1 母子健康手帳の写し
- 2 新生児聴覚検査受診票
- 3 新生児聴覚検査を受けた医療機関が発行した診療明細書と領収書