

年 月 日

天童市新生児聴覚検査費用助成金申請書兼請求書

天 童 市 長 様

申請者（子の保護者）

フリガナ

氏名

住所

連絡先

新生児聴覚検査を受けましたので、天童市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第10条の規定により関係書類を添えて助成金を申請します。

なお、申請内容について医療機関に照会することに同意します。

検査を受けた子の氏名				(年 月 日生)
初回検査を受けた日	年 月 日			
医療機関				
検査方法・結果	方 法	AABR / OAE	結 果	右) パス / リファー 左) パス / リファー
申請額	円 (1万円を上限とする。)			

振 込 先 口 座	金融機関名				本・支店名	本店 ()支店	
	金融機関コード				店番号		
	フリガナ						
	口座名義 (申請者と同じ)						
	口座種別	普通・当座・その他()					
	口座番号(右詰め)						

【持ち物】

- (1) 未使用の受検票（交付を受けている方）
- (2) 母子健康手帳
- (3) 医療機関発行の検査の領収書の原本
- (4) 振込先口座の名義、口座番号がわかるもの