

様式第4号（第9条関係）

篠栗町長 様

年 月 日

申請者・請求者 住所 篠栗町 \_\_\_\_\_  
(助成対象者) 氏名 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_  
新生児との続柄 \_\_\_\_\_  
母子健康手帳番号 \_\_\_\_\_

### 篠栗町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

篠栗町新生児聴覚検査事業実施要綱第9条の規定により次のとおり助成金を申請します。  
なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

|         |     |      |       |
|---------|-----|------|-------|
| 新生児氏名   |     | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所      | 篠栗町 |      |       |
| 検査医療機関名 |     |      |       |

#### 1. 検査助成金申請額

| 検査日 |       | 検査方法  | 結果 |   | 自己負担額 | 申請額          |
|-----|-------|---|----|---|-------|--------------|
| 初回  | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 自動 ABR<br><input type="checkbox"/> OAE | 右  | <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー | 円     | (上限 5,000 円) |
|     |       |   | 左  | <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー |       |              |
| 確認  | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 自動 ABR<br><input type="checkbox"/> OAE | 右  | <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー | 円     | 円            |
|     |       |   | 左  | <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー |       |              |

#### 2. 振込口座（申請者名義に限る）

|               |         |                |                 |  |  |  |  |  |
|---------------|---------|----------------|-----------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名         |         | 銀行 金庫<br>組合 農協 | 本店・支店<br>支所・出張所 |  |  |  |  |  |
| 預金種別          | 普通 ・ 当座 | 口座番号           |                 |  |  |  |  |  |
| (カナ)<br>口座名義人 |         |                |                 |  |  |  |  |  |

#### 3. 添付書類

- ・ 医療機関が発行する検査の領収書及び診療明細書の写し
- ・ 検査結果の写し又は母子健康手帳の写し
- ・ 新生児聴覚検査受診券

< 町記入欄 >

決定額

円