

高森町新生児聴覚検査補助金交付申請書（兼請求書）

年 月 日

高森町長 様

〈申請者(保護者)〉

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

連絡先 (_____) _____

高森町新生児聴覚検査実施要綱第8条の規定により補助金の交付を申請（請求）します。

補助金交付申請額（請求額） _____ 円

フリガナ				
氏 名 (聴覚検査を受けた者)				
生 年 月 日		年 月 日		
振 込 先	金融機関名	銀行 農業協同組合		支店 支所
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
申請受理年月日		年 月 日	(承認・不承認) 決定年月日	年 月 日
申請者番号				

(注)太枠の中をご記入ください。

添付書類

- 1 医療機関発行の領収書及び明細書の写し
- 2 聴覚検査の結果票又は結果が記録されている母子健康手帳の写し
- 3 交付された新生児聴覚検査受検票

助成額

- 1 聴覚検査に要した費用の助成額の上限は、高森町新生児聴覚検査実施要綱第9条に定める額とする。
- 2 聴覚検査の再検査及び精密検査に係る費用は、助成対象外とする。