

新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

立川市長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電 話

印

自署の場合は、押印を省略することができます。

新生児聴覚検査費用の助成について、次のとおり申請します。

なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

対象者氏名		生年月日		
対象者住所				
医療機関名			請求金額	
			円	
検 査 結 果				
検査日	対象者 日・月 齢	使用機器	右耳	左耳
月 日	か月 日	1. OAE 2. 自動ABR	1. パス 2. リファー	1. パス 2. リファー

<振込先>		銀 行	本店
		信用金庫	支店
<input type="checkbox"/> 普通	預金		
<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	_____	
	フリガナ		
	口座名義	_____	

添付書類

- 母子健康手帳の新生児聴覚検査結果が記載されている箇所の写し
- 医療機関が発行した領収書の写し

【事務処理欄】

交付決定金額	円	助成金決定通知年月日	・	・
--------	---	------------	---	---