

様式第3号（第7条関係）

年 月 日

小川町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金支給申請書

小川町長

宛て

住所 \_\_\_\_\_

申請者 氏名 \_\_\_\_\_

対象児との関係 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の支給を受けたいので、証明書類等を添えて次のとおり申請します。なお、助成金支払事務に当たり、確認等が必要な場合には、町が受診医療機関等（助産所を含む。）に受診状況の確認等を行うことに同意します。

対象児氏名	フリガナ			
	氏 名	生年月日	年 月 日生	
	住 所			
検査年月日	年 月 日			
申請理由	1 委託外医療機関・助産院で検査を受けたため 2 検査費用が助成券記載金額未満であったため 3 その他（ ）			
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）	検査結果	<input type="checkbox"/> パス（反応あり） <input type="checkbox"/> リファア（要再検）	
医療機関名	所在地		電話番号	
検査費用	円			
助成金申請額	円			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店	
	預金種別 口座番号	普通・当座		No.
	フリガナ			
	口座名義人			

※町記入欄

受付年月日	確認事項			
	<input type="checkbox"/> 住所	<input type="checkbox"/> 領収書	<input type="checkbox"/> 検査結果	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳