

上島町新生児聴覚検査費用助成申請書

年 月 日

上島町長 様

申請者

〒

住所 _____

氏名 _____

電話 (_____) _____

下記のとおり委託医療機関以外で受診しましたので、関係書類を添えて、上島町新生児聴覚検査費の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

委託医療機関以外 で受診する理由			
受診医療機関名		出 産 日	年 月 日

助成対象検査	検査方法		検査日	助成申請額
	自動ＡＢＲ	ＯＡＥ		
初 回 検 査	５，５４０円	３，２００円	日	円
確 認 検 査	５，５４０円	３，２００円	日	円

注）助成申請額は、実際に健診に要した費用の額とする。ただし、上島町新生児聴覚検査実施状況要綱の
限度額を上限とする。

上島町新生児聴覚検査費用助成請求書

年 月 日

上島町長 様

住所 _____
氏名 _____ 印
電話 (_____) _____

下記のとおり助成金の請求をいたします。

記

請求金額	円
------	---

金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店／支所 出張所
普通預金 / 当座預金	口座番号	
フリガナ 口座名義人		