

様式第1号（第6条関係）

県外医療機関等における新生児聴覚検査費助成申請書

新生児聴覚検査 を受診した者 (受診者)	住所	上板町		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
受診医療機関	所在地			
	名称			
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR（自動聴性脳幹反応検査） <input type="checkbox"/> OAE（耳音響放射検査）			
受診日	年	月	日	支払額 円
助成金	円	※助成の金額は、町が別に定める単価を超えない額とする。支払額がこの金額に満たない場合は実際の支払額を助成する。		
*支払額は、別紙領収書のとおり  上記のとおり申請します。 なお、助成金の請求を福祉保健課長に委任します。支払は、下記口座に振込みを依頼します。  年 月 日  申請者 住所 上板町  氏名 ⑩  代理人 ⑩ （受診者との関係）  電話番号  上 板 町 長 殿				

(振込口座)

金融機関名		支店・支所名	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

