

津南町新生児聴覚検査費用助成申請書

津南町長 様

申請者

住 所 津南町.....

氏 名

(自署又は記名押印)

電話番号

津南町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。
 なお、申請内容の確認に当たり、町が住民基本台帳を閲覧すること及び検査医療機関へ検査内容等について照会することに同意します。

検査を受けた児	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	※申請者と同じ場合、記入不要		
初回検査実施日	年 月 日			
検査医療機関			初回検査費用	円
振込指定 金融機関	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店	預金種別 普通・当座
	フリガナ			口座番号
	口座名義人			

※振込先は、申請者の名義のものとしてください。

〈添付書類〉

- ・ 新生児聴覚検査の領収書及び診療明細書
- ・ 母子健康手帳等（検査結果が確認できるもの）の写し
- ・ 振込先口座の通帳の写し

(津南町記入欄)

添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書及び診療明細書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 通帳の写し
助成額	円