

高島町新生児聴覚検査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

高島町長 あて

高島町新生児聴覚検査補助金について、下記のとおり申請します。

1. 申請者情報等

申請者	郵便番号	—		電話番号	— —		
	現住所	高島町					
	フリガナ						
	氏名	旧姓 ()					
	出産予定日 または出産日	年 月 日 (予定 ・ 出産)		母子健康手帳番号			
対象児	フリガナ						
	氏名						
申請金額 (以下に裏面の金額を転記してください。)							
申請金額 金 _____ 円							

※母子健康手帳交付後、姓が変わった場合は旧姓を () に書いてください。

2. 振込先口座 (申請者の口座に限る)

金融機関名		本・支店名		金融機関コード				支店コード		
銀行・信用金庫 信用組合・農協		本・支店 本・支所 出張所								
口座種別	口座番号 (右詰で記入)				口座名義 (カタカナ)					
普通 ・ 当座										

※実施状況について、裏面に記載してください。

◆**新生児聴覚検査**◆ ＊助成券を使用せず受検した検査についてご記入ください。

助成券の種類	受診年月日	検査方法	検査結果
初回検査	年 月 日	☐ 自動聴性脳幹反応検査（AABR） ☐ 耳音響反射検査（OAE）	☐ 異常なし（パス） ☐ 再検査（リファー）
確認検査	年 月 日	☐ 自動聴性脳幹反応検査（AABR） ☐ 耳音響反射検査（OAE）	☐ 異常なし（パス） ☐ 再検査（リファー）
新生児聴覚検査補助金申請額			円