

別記第1号様式（第9条関係）

音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した新生児聴覚検査受診費用助成金交付申請書

年 月 日

音更町長 宛て

申請者 住 所
氏 名

㊞

音更町新生児聴覚検査実施要綱第9条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

助 成 金 申 請 額	金 円
受 診 日	年 月 日
新生児氏名（※） ※決まっている場合のみ	
受 診 し た 医 療 機 関	名 称
	住 所
	電話番号
添 付 書 類 (該当する欄に○印を記載願います。)	検査結果が分かるものの写し
	音更町指定医療機関以外の医療機関等で受診した新生児聴覚検査受診費用助成金支払証明書（別記第2号様式）
	自己負担した新生児聴覚検査に係る費用が確認できる領収書の写し
	母子健康手帳の写し
	口座振込依頼書（別記第3号様式）
	町が交付した受診票の写し（未使用のもの）
備 考	