

様式第3号（第8条関係）

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書

年 月 日

島田市長

住所

申請者 氏名



電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査を受けるのに要した費用の助成を受けたいので、島田市新生児聴覚スクリーニング検査費助成要綱第8条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

新生児氏名		生年月日	年 月 日 ( 簡月)
検査を実施した 医療機関等	所在地		
	名称		
	電話番号		
母子健康手帳 交付日	年 月 日	検査実施日	年 月 日
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE		
助成金の申請額	円		
医療機関等に 支払った額	円		

(注) 「検査方法」の欄は、該当する□にレ印を記入してください。

助成金は、次の口座に振り込んでください。

口座振込先 金融機関名	銀行 金庫 農業協同組合 ( )	本店 支店 ( )
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		