

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成申請書 (様式第1号)

年 月 日

泊村長 様

申請者

住 所 泊村大字

氏 名

印

電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査費用の助成を受けたいので、医療機関の領収書、
検査結果を添えて申請します。

助 成 申 請 額

円

■誰が、いつ、検査を受けましたか。料金はいくらかかりましたか。

個人番号												
被検査者氏名					男・女	生年月日	年 月 日					
検査年月日	年 月 日				検査回数	回	検査料金	円				

個人番号												
被検査者氏名					男・女	生年月日	年 月 日					
検査年月日	年 月 日				検査回数	回	検査料金	円				

個人番号												
被検査者氏名					男・女	生年月日	年 月 日					
検査年月日	年 月 日				検査回数	回	検査料金	円				

■助成金の振込先(申請者)をご記入下さい。

金融機関名	店 名	種別	口座番号
	本店・支店 支所・出張所	普通 当座	
フリガナ 口座名義人			