

新生児聴覚検査費用申請（請求）書

年 月 日

日吉津村長 様

申請（請求）者 住 所  
氏 名  
電話番号

下記のとおり検査に要した費用の助成を受けたく、新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第8条の規定により次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

新生児氏名	生年月日	検査日	医療機関名
	年 月 日	年 月 日	
申請（請求）額	円		

添付書類 検査にかかった領収書（費用のわかるもの）

母子手帳の写し（新生児聴覚スクリーニング検査結果の記載があるもの）

注意事項 申請（請求）額の上限は2,000円で、新生児1人につき1回とします。

申請（請求）は検査を受けた日から6か月までに行ってください。

※ これより下は、役場記入欄です。

新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり交付決定してよいか伺います。			
年 月 日			
確 認 欄			
<input type="checkbox"/> 医療機関の領収書等 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査スクリーニング結果（母子手帳） <input type="checkbox"/> 通帳の写し			
交 付 金 額			
円			
村 長	課 長	合 議	主 査