

(様式1)

# 本部町新生児聴覚検査費用助成 申請書

年 月 日

本部町長 殿

下記のとおり、本部町新生児聴覚検査費用の助成を申請しますので下記の口座に振込願います。

(太枠のみ記入又は該当するものにチェックをお願いします。)

|              |  |             |       |
|--------------|--|-------------|-------|
| フリガナ         |  | 生年月日        | 西暦    |
| 申請者<br>(保護者) |  |             | 年 月 日 |
| フリガナ         |  | 生年月日        | 西暦    |
| 対象者<br>(子ども) |  |             | 年 月 日 |
| 検査の種類        | <input type="checkbox"/> OAE (助成額 2,000円)<br><input type="checkbox"/> AABR (助成額 2,000円)      |             |       |
| 検査医療機関       | <input type="checkbox"/> ハシイ産婦人科 <input type="checkbox"/> 県北 <input type="checkbox"/> その他( ) |             |       |
| 検査日(月齢)      | 年 月 日 (月齢: ヶ月)   | ※生後6月未満のみ対象 |       |

## 振込先

※口座名義人は申請者(保護者)本人に限ります

|       |                  |                 |          |
|-------|------------------|-----------------|----------|
| 金融機関名 | 銀行<br>信用金庫<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 | 支店<br>番号 |
| 預金種別  | 普通 ・ 当座          | 口座番号            |          |
| フリガナ  |                  |                 |          |
| 口座名義人 |                  |                 |          |

\*申請者と届出人が異なる場合は、記入して下さい。

届出人氏名

(申請者(保護者)との続柄: )

住 所

連絡先

### 【必要書類など】

- 領収書または検査費用の分かるもの
- 新生児聴覚検査の結果の写し  
(親子健康手帳p44も可)
- 振込先の通帳又はキャッシュカードの写し  
(振込口座のわかる部分の写し)

### 【申請期間】

検査実施から1年以内

(ただし、土・日・祝祭日・年末年始、昼食時間は除く)

【申請先】本部町役場

|     |       |        |        |
|-----|-------|--------|--------|
| 受付日 | 振込予定日 |        |        |
|     | /     |        |        |
|     | No.   |        |        |
|     | 書類確認  | システム入力 | 振込手続完了 |
|     |       |        |        |