別記様式（第６条関係）

王寺町新生児聴覚検査助成申請書兼請求書

年　　月　　日

王寺町長殿

申請者（保護者）

住所：

氏名：

児との続柄：

電話番号：

王寺町新生児聴覚検査補助事業実施要綱第６条第２項及び第３項の規定により、新生児の聴覚検査の助成を受けるため、関係書類を添えて申請します。なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

また、聴覚検査費用の助成を決定するに当たり必要があるときは、聴覚検査を実施した医療機関等への支払い内容の確認をすることに同意します。

新生児氏名		生年月日	年　　月　　日
検査内容 （該当する項目に〇）	初回検査　・　確認検査		
検査実施日	年　　月　　日		
検査方法 （該当する項目に〇）	自動ＡＢＲ　・　ＯＡＥ		
検査結果 （該当する項目に〇）	【右耳】パス　・　リファー　　【左耳】パス　・　リファー		
申請（請求） 金額	円		

（自動ＡＢＲにあっては４，０００円、ＯＡＥにあっては１，５００円を上限とする。）

振込先

銀　行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	口座 番号									普通 ・ 当座
カ　ナ （口座名義）											
	――― カ タ カ ナ で 記 入 ―――										