様式第4号（第9条関係）

宇美町長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

申請者・請求者　 住所　宇美町

　　　　　　　　　　 (助成対象者)　 　 氏名

電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　新生児との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　母子健康手帳番号

宇美町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

宇美町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第9条の規定により次のとおり助成金を申請します。

なお、交付決定後は、交付決定額を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新生児氏名 |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住民票のある住所 | 宇美町 | | |
| 検査医療機関名 |  | | |
| 検査医療機関住所 |  | | |

１.検査助成金申請額

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 検査日 | | 検査方法 | 結果 | | 自己負担額 | 申請額 |
| 初回 |  | 自動ABR  ABR・OAE | 右 | パス・リファー | 円 | （上限5,000円）    　　　　　　円 |
| 左 | パス・リファー |
| 確認 |  | 自動ABR  ABR・OAE | 右 | パス・リファー | 円 |
| 左 | パス・リファー |

２.振込口座

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・金庫・農協 |
| 支　 店 　 名 | 本店・支店・支所・出張所 |
| 預金種目 | 普通　･　当座　・その他（　　　　　） |
| 口　座　番　号 |  |
|  |  |

３．添付書類

　 ・医療機関が発行する聴覚検査の領収書及び診療明細書の写し

　 ・検査結果の写し又は母子健康手帳の写し　 ＜ 町記入欄 ＞

決定額

　　　　　　　　　　　円

・新生児聴覚検査受診券