

様式第2号（第8条関係）

吉見町新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）吉見町長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

吉見町新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第8条第2項の規定により、助成金の交付を申請、請求します。

なお、申請内容について、吉見町が保有する個人情報を読覧・調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

◆ 検査状況について

被検査者氏名	(フリガナ)
被検査者 生年月日	年 月 日
検査年月日	年 月 日 ( か月 日)
検査を受けた 医療機関名	
検査の種類	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査（OAE）
検査金額	
申請（請求）金額	

◆ 振込先について

振込口座 (本人名義)	金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店 ・支店
	預金の種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

- ① 検査費用の支払いを証する領収書
- ② 検査の方法及び結果がわかる書類又は母子健康手帳
- ③ 交付済みの助成券
- ④ 振込先口座が確認できるもの

※原本で確認を行い必要なものについては、その写しを提出とします。