

朝日町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付申請書

年 月 日

朝 日 町 長 様

申請者（受診者）

住 所 朝日町

氏 名

電 話

朝日町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、新生児聴覚スクリーニング検査に係る助成金の交付を下記のとおり申請します。

記

(ふりがな) 申請者氏名		生年月日	年 月 日
(ふりがな) 対象児氏名		生年月日	年 月 日
検査を受けた医療機関 等の名称			
検査費用		助成金	

振 込 先	金融機関名	銀行 本店		
		金庫 支店		
		農協 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	(ふりがな)			
	口座名義人			

1. 太枠の中をご記入ください。
2. 助成金の交付申請は、健診が終了した後に申請をすること。
3. 助成金の交付申請は、受診日の翌日から 1 年以内に申請書を提出すること。
4. 助成金の額は、朝日町新生児スクリーニング検査費用助成事業実施要綱第 3 条に規定する額とする。
5. 添付書類

ア. 三重郡新生児聴覚スクリーニング検査費用補助（助成）金交付申請書兼補助券

イ. 新生児聴覚スクリーニング検査結果票もしくは検査結果のわかるもの（母子健康手帳のコピー等）

ウ. 新生児聴覚スクリーニング検査費用の領収書