

福津市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

福津市長 宛

申請者 住所 福津市
(保護者) 氏名
電話
新生児との続柄

福津市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第 9 条の規定により、下記のとおり
検査費用助成金を申請及び請求します。

記

新生児氏名	(年 月 日生)
検査医療機関名	
検査医療機関住所	
申請理由	<input type="checkbox"/> 委託医療機関以外での検査 <input type="checkbox"/> その他 ()
検査日	年 月 日 ※出生後 28 日未満とする
検査方式	AABR ABR OAE
結果	左 (パス ・ リファアー) 右 (パス ・ リファアー)
支払額	円
請求額	円 ※5,000 円を上限とする

振 込 先	
金融機関名	銀行 支店
口座種別・番号	普通・当座
(カナ) 口座名義	