

様式第1号（第6条関係）

知内町新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

知内町長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号

知内町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱（第6条）の規定に基づき、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

記

対 象 児	住 所			
	(ふりがな) 氏 名		生年月日	
検査を受けた医療機関名				
申 請 金 額		円		
振 込 先	金融機関名		種別	
	(ふりがな) 口座名義		口座番号	
備 考 (添付書類)		(1) 新生児聴覚スクリーニング検査結果票の写し (2) 新生児聴覚検査に係る領収書の写し (3) 母子手帳の写し		

同 意 書

知内町新生児聴覚検査費助成事業に係る費用助成の該当要件確認のため、知内町長が検査内容及び結果等について、医療機関へ照会することに同意します。

年 月 日

氏 名 ⑩