

恩納村新生児聴覚検査費用助成申請書

年 月 日

恩納村長 様

住 所 恩納村字 \_\_\_\_\_

申請者（保護者） 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 ( ) \_\_\_\_\_

恩納村新生児聴覚検査費用助成金交付要綱第5条の規定により助成金の交付について、次のとおり申請（請求）します。

1 申請内容

フリガナ		生年月日	年 月 日
新生児氏名			
住 所	恩納村字		
実施医療機関		検査日	年 月 日
検査の種類	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE	申請金額 (検査費用)	円
<p>【同意事項】</p> <p>助成の可否及び助成金の決定のため、必要に応じ上記事項について、恩納村が聴覚検査の実施医療機関等に確認を行うことに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p>			

※確認検査は、初回検査で要再検査（Refer）となった場合に実施したものに限りません。

2 振込先（申請者本人以外の口座には振り込みできません。）

金融機関名	銀行・農協 労働金庫・信用金庫		本店・支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

3 添付書類

- (1) 聴覚検査を受けた医療機関が発行する領収書及び診療明細書（原本）
- (2) 親子健康手帳又は母子健康手帳（聴覚検査結果が確認できるもの）の写し
- (3) 振込先の通帳又はキャッシュカードの写し（振込先金融機関名、支店名、口座番号、口座名義のわかるもの）