

寒川町新生児聴覚検査費用助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 寒川町長

住所 _____

(申請者) 氏名 _____

(対象児との続柄: _____)

電話 _____

※太枠の中をご記入ください。

フリガナ 対象児 氏名		生年月日	年 月 日
住所	寒川町 現住所が町内でない場合 〒 ※受検日時点の住所 寒川町		
聴覚検査 受検日	年 月 日	医療機関等 の名称	
医療機関 等の住所	電話 - -		
医療機関等に 支払った額	円	検査方法	どちらかに○をつけてください。 自動ABR ・ OAE

※助成金を振込む口座をご記入ください。

金融機関名	銀行(農協・金庫) 本(支)店						
フリガナ	種別	普通 ・ 当座					
口座名義人	口座番号						

町 使 用 欄

申請に対し、次のとおり決定してよろしいか。また、別紙のとおり通知してよろしいか。

決定	医療機関等に支払った額	基準額	助成額		
	円	円	円		
	<input type="checkbox"/> 支給する <input type="checkbox"/> 支給しない(理由: _____)				
課長	技幹	副技幹等	担当	起案	年 月 日
				決裁	年 月 日
				通知	年 月 日