

豊浦町新生児聴覚検査費用助成申請書

受 検 者	フリガナ		生 年 月 日	年	月	日生
	氏名			(	歳	ヶ月)
	住所	〒	—	電話番号 (	)	—
検 査	新 生 児 聴 覚 検 査					
検 査 日	年 月 日 (検査日現在生後 ヶ月)					
検査方法 ※該当の検査に○ をつけてくださ い。	自動聴性脳幹反応検査(自動ABR) ・ 耳音響放射検査(OAE)					
検査費用	円					

豊浦町長 様

新生児聴覚検査費用について、償還払を申請します。

年 月 日

申請者（保護者）氏名

※受検者と同じ場合は記入不要

申請者住所 〒 — 電話番号 ( ) —

申請者以外の口座に振り込む場合は、下記に記入してください。

住所

上記申請額の受領を に委任します。

氏名

住所

委 任 者

氏名

口座振替 依 頼 欄	銀行 信金 農協 漁協	本店 支店	種目	口 座 番 号					
			1普通預金						
			2当座預金						
			3その他						

フリガナ	
口 座 名 義 人	

※添付書類

- ① 検査日、検査方法及び検査結果を確認できるもの
- ② 検査料に係る領収書の写し
- ③ その他町長が必要と認めるもの