

様式第3号（第7条関係）

新生児聴覚検査費助成金請求書

年 月 日

佐用町長 様

申請者 住所
氏名
電話

佐用町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条の規定により次の金額を交付くださるよう請求します。

請求金額 _____ 円 ※初回検査料の額

対象児	氏名					
	生年月日					
	住所					
検査方法		・自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） ・スクリーニング用耳音響放射検査（OAE） ※あてはまるものに○をつけてください。				
初回検査料		円 ※検査に直接要した費用				
振込先	金融機関の名称	銀行・農協 信用金庫・信用組合			支店 出張所	
	フリガナ			口座番号	
	口座名義	預金種目	1 普通 2 当座	口座番号		

※ 新生児聴覚検査受診結果・新生児聴覚検査に係る領収証の写し・助成券 添付