

別記様式第 2 号（第 8 条関係）

倶知安町新生児聴覚検査公費負担申請書

年 月 日

倶知安町長 様

住所 倶知安町
申請者 氏名 印
受診児との関係 （ ）

倶知安町新生児聴覚検査実施要綱第 8 条第 2 項に基づき、下記のとおり申請します。
なお、公費負担の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会及び医療機関に対する検査結果等の照会について同意します。

フリガナ 受診児氏名		生年月日	年 月 日
住所	倶知安町		
フリガナ 保護者氏名		電話番号	

医療機関名					
検査日	年 月 日	種類	自動 A B R O A E	結果	右 パス・リフアー 左 パス・リフアー
公費負担 申請額	円	公費負担決定額 (倶知安町記入欄)		円	

(振込先金融機関の名称及び口座番号) 注意：申請者と口座名義人は同一であること

金融機関名	口座番号	口座名義
銀行 本店・支店	普通	フリガナ
		宛名番号 (倶知安町記入欄)

- ※申請に必要なもの
- 1) 新生児聴覚検査費用の分かる領収書
 - 2) 母子手帳の「検査の記録」の写し
 - 3) 振込口座の通帳の写し
 - 4) 印鑑