

滝川市新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

滝川市長 様

申請者
住 所
氏 名
電 話
子との関係 父・母・養育者（ ）

滝川市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第10条第1項の規定により、新生児聴覚検査費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

(ふりがな) 子の氏名		生年月日	年 月 日生	
住所				
保護者氏名				
受診医療機関				
初回検査結果	検査日 年 月 日			
	右 (パス・リファーマ) 左 (パス・リファーマ)			
検査料金	円			
振込先 ※申請者と同一 の方	銀 行 信用金庫		フリガナ 口座名義	
	本店 支店	口座の種別	口座番号	
		普通・当座		
☐ 対象者等の確認のため、住民基本台帳を確認することに同意します。				
助成対象額（※市記入）			円	

- 添付書類
- ☐ 新生児聴覚検査受診票
 - ☐ 領収書及び明細書
 - ☐ 検査結果がわかるもの（母子健康手帳）