

様式第4号(第9条関係)

申請者記入欄			
新生児聴覚検査助成申請書兼請求書			
さくら市長 様		年 月 日	
		申請者 住所 氏名 (電話 - )	
被 検 査 者 氏 名	(ふりがな)	生 年 月 日	
	男 女	年 月 日 (満 歳 か月)	
助 成 対 象 者 住 所 氏 名	住所		被検査者との続柄
	氏名		
振込先金融機関名	銀行 支店	口座番号	(普・当)
		フリガナ	
		口座名義	

※ 助成対象者名は保護者名とし、申請者名及び口座名義のいずれも統一してください。

医療機関記入欄			
新生児聴覚検査 ※右記どちらかを○ で囲んでください。	初回	自動 ABR ・ OAE	医療機関 所在地 名称 代表者名 <span style="float: right;">印</span>
	確認	自動 ABR ・ OAE	
検 査 費 用	円		
検 査 年 月 日	年 月 日		

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支 給	年 月 日
交 付 決 定 の 状 況			支 給 金 額		円	

※ 受診票を添付してください。

※ 医療機関記入欄に医療機関の証明がない場合は、領収書と診療明細書を添付してください。

※ 通帳(写し)を添付してください。