様式第1号（第５条関係）

**豊前市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書**

　　　年　　　月　　　日

豊前市長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　豊前市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話

　次のとおり，新生児聴覚検査を受けましたので，助成金を申請及び請求します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 新生児氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 検査内容 | ＡＡＢＲ　・　ＯＡＥ | | | | |
| 検査結果 | 右（　□異常なし　　□リファー（再検査）　　）  左（　□異常なし　　□リファー（再検査）　　） | | | | |
| 検査日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | |
| 支払金額 |  | 決定金額 | | |  |

※太枠内は記入しないでください。

助成金　入金口座　※振込先の口座は申請者の名義でお願いします。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | | 支店名 | | |  | | | | | |
| 預金種目 | 普通・当座 | 口座番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | （ふりがな） | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |