

記入例

年 月 日

箱根町長 様

住所 箱根町 湯本 256

申請者 電話 000-0000-0000

ふりがな はこね はなこ
氏名 箱根 花子 印

対象児との続柄 [母]

新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

箱根町新生児聴覚検査費用助成要綱第5条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次
のとおり関係書類を添えて申請します。

この助成金交付要件確認等のため、町の職員が対象児の検査内容を医療機関等に照会する
ことに同意します。

対象児氏名	はこね たろう 箱根 太郎	
対象児の生年月日	R2年 〇月 〇日	
住所および連絡先	〒 箱根町	連絡先： <small>※申請者の住所等と同じ場合は記入不要</small>
検査方法	<input type="checkbox"/> AABR <input checked="" type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE	
申請額	〇,〇〇〇 円	
検査医療機関名	〇△病院	
検査日	R2年 〇月 △日	
振込先	金融機関名	〇〇〇 銀行・農協 〇〇 本店・店 信用金庫・信用組合 支店・出張所
	口座番号	△ × 〇 〇 × △ △ 種別 当座 ・ 普通
	ふりがな	はこね はなこ
	口座名義	箱根 花子 <small>※申請者名義の口座</small>

(関係書類)

- 1 新生児聴覚検査の方法及び結果がわかる書類（検査結果の写し等）
- 2 新生児聴覚検査に係る領収書
- 3 その他町長が必要と認めるもの