

令和 年 月 日

坂城町長 殿

申請者
住 所
氏 名
受診者との関係
電話番号

⑩

坂城町新生児聴覚検査県外受診費助成金交付申請書

新生児聴覚検査受診費助成金の交付を受けたいので、坂城町新生児聴覚検査県外受診費助成金交付要綱に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

新生児聴覚検査 受診者	フリガナ				生年月日
	氏 名				年 月 日
	住 所	〒 坂城町			
	電 話 番 号				
申請する受診票 (該当するものを○で囲む)	初回検査 ・ 確認検査				
申 請 額 内 訳	健康診査 の区分	償還払上限額 (A)	受診者支払額 (B)	申請額 (A) 又は (B) いずれか少ない額	
	初回検査	円	円	円	
	確認検査	円	円	円	
合計申請金額	円				

添付書類

- (1) 未使用の坂城町新生児聴覚検査受検票
- (2) 県外医療機関等が発行した領収書で、検査費の額、受診日及び医療機関又は助産所の名称が記載されたもの
- (3) 母子健康手帳の写し又は県外医療機関等が発行した検査結果
- (4) 前3号に掲げるもののほか、町長が必要と認めるもの