

年 月 日

泉大津市長様

申請者 住 所 泉大津市

氏 名 ⑩

電話番号

子どもの氏名

生年月日 年 月 日

泉大津市新生児聴覚検査助成金交付申請(請求)書

次の通り、必要書類を添付のうえ新生児聴覚検査助成金の交付を申請(請求)します。

受検医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
受診日		年 月 日		
領収証書記載金額		円	泉大津市助成金額 (この欄は記入しないで下さい)	円

受検日	上限助成金額	
	自動ABR	OAE
令和4年4月以降	5,000円	1,500円

※助成対象は、各検査の助成上限額までとし、金額が助成上限額より下回る場合は領収証書の金額となります。

- (添付書類)
- 新生児聴覚検査受検票
 - 当該医療機関発行の領収証書(原本)
 - 母子健康手帳 該当ページの写し

振込希望 金融機関	銀行・信金 農協 (支店)	口座種別	普通 当座
		口座番号	
		口座名義(カタカナ)	

※支店名も必ずお書きください。ゆうちょ銀行に振込希望で支店名がわからない場合は記号番号もお書きください。

※泉大津市処理欄

申請番号	令和 年度 NO.	交付・不交付決定年月日 年 月 日	交付金額 円	受付者
------	--------------	----------------------	-----------	-----