様式（第７条関係）

新生児聴覚検査助成金償還払申請書

次のとおり新生児聴覚検査助成金償還払申請書を申請します。
なお、助成金の交付の決定に必要な場合は医療機関に対して検査内容の照会をすることに同意します。

名護市長　様　　申請日　　年　　月　　日

検査受診者	フリガナ 氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
	申請者との続柄	
申請者 及び 保護者	フリガナ 氏　　名	
	住　　所	
	生年月日	年　　月　　日
	電話番号	

検査年月日	検査実施 医療機関名	支払った額 （A）	助成限度額 (B)	申請額(円) AとBのうち少ない額
			３，０００円	

振込先	金融機関名	
	支 店 名	本店　・　支店
	預金種別	普通　・　当座　　口座番号：
	ふりがな 口座名義	

【添付書類】
①医療機関が発行した領収書又は検査費用の支払い額が確認できる書類
② 親子健康手帳（母子手帳）の新生児聴覚検査結果記載欄の写し