

大井町長様

大井町新生児聴覚検査費助成交付申請書兼請求書

次のとおり大井町新生児聴覚検査費助成の申請及び請求をします。なお申請を行うにあたり、裏面同意事項に同意します。

申請者 (産婦)	母子健康手帳番号	
	フリガナ 氏名	
	住所	大井町
	電話番号	— —
受検者 (子)	フリガナ 氏名	
	生年月日	
	検査内容	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE
	検査結果	右 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> リファー (再検査)) 左 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> リファー (再検査))
	検査日	年 月 日
	検査実施機関名	
請求金額	円 上限額：AABRは5,000円、OAEは3,000円	
振込先金融機関	金融機関名	銀行・金庫・農協
	本・支店名	本店・支店
	口座種類	普通・当座
	口座番号	
	(フリガナ)	
	口座名義人	

添付書類

- 新生児聴覚検査（保険外診療に限る）に要した経費の領収書及び診療内容の分かる明細書の写し
- 検査受診日及び結果が記載されている母子健康手帳の写し
- 振込先口座が確認できるもの（通帳またはキャッシュカードの写し）

<同意事項>

1. 交付資格の確認及び審査にあたり、町が公簿や受診状況等の資料について閲覧することに同意します。また、公簿等で確認ができない場合は、関係書類を提出します。
2. 申請書の不備について、町が定める期間までに申請者に連絡・確認が取れない場合や、必要書類が提出されなかった場合は、当該申請が取り下げられたものとみなされることに同意します。
3. （他の自治体で母子健康手帳の交付を受けた場合）従前の居住地の自治体において、この助成金と同様と認められる助成金等を受給していません。
4. 助成金の交付後、交付要件に該当しないことが判明した場合は、助成金を返還します。