

新生児聴覚検査費用給付申請書

年 月 日

館林市長 様

申請者 住 所 館林市

氏 名 印

電話番号

新生児聴覚検査費用の給付を受けたいので、館林市新生児聴覚検査実施要綱第8条の規定により、領収書と受診票を添えて申請します。

1 申請金額 _____ 円

2 給付額内訳

対象児	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
検査方法	1 自動聴性脳幹反応検査（自動 ABR） 2 耳音響放射検査（OAE） 3 その他同等の聴覚検査 ※該当する番号に○をつけてください。		
検査日	年 月 日		
検査料	円 ※検査に直接要した費用		

3 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫		支店
口座の種類・口座番号	普通・		
(ふりがな) 口座名義人	申請者と口座名義人が異なる場合は、下記もご記入ください。		

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄に申請者の記名・押印が必要となります。

私は、上記口座名義人に新生児聴覚検査費用給付金の受領について委任いたします。
年 月 日 申請者名 印