

別記様式第1号（第4条関係）

新生児聴覚検査費助成金申請書

年 月 日

神戸町長 様

〒

申請者 住 所
氏 名
電 話

次のとおり新生児聴覚スクリーニング検査を行いましたので、助成金の申請を
します。

（※ については記入しないで下さい）

助成金の額		※	円	支払金額	円
被 検 査 児	住 所	(申請者と同じ場合は記入は不要)		種 類	自動A B Rによる聴覚検査 (自動聴性脳幹反応検査)
	(フリガナ) 氏 名			実施日	年 月 日
	生年月日	年 月 日生	実施場所		

添付書類：新生児聴覚スクリーニング検査費用のわかる領収証、検査結果の写し