

第2号様式（第9条関係）

二宮町新生児聴覚検査助成金交付申請書

二宮町長 殿

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

二宮町新生児聴覚検査の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

対象者	フリガナ			母子健康手帳No.
	氏名	生年月日 年 月 日		
	住所			
申請理由	該当するものをレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 神奈川県産科婦人科医会に加入していない医療機関で聴覚検査を受けたため <input type="checkbox"/> 聴覚検査費用が、助成券に記載の金額未満であったため <input type="checkbox"/> その他（ ）			
申請する聴覚検査の実施日とその費用				
検査の種類	いずれかにレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> AABR・ABR (助成上限額 3,000円) <input type="checkbox"/> OAE (助成上限額 1,500円)			
実施日	年 月 日	費用	円	
助成金申請額			円	
同意欄	助成金の交付決定にあたり、町職員が住民基本台帳を確認すること、また、領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。 <p style="text-align: right;">自 署 _____</p>			

(以下は記入しないでください。)

申請書受理年月日	年 月 日	申請番号	
二宮町への住民登録日	年 月 日	申請の聴覚検査実施日に二宮町に住所を有している。	