

第1号様式（第5条関係）

（申請日） 年 月 日

読谷村長 様

申請者（保護者） 住 所
氏 名
連絡先

読谷村新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

次のとおり読谷村新生児聴覚検査助成について、関係書類を添えて申請します。

1 対象となるお子さんの状況（該当する項目に✓してください。）

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住 所 連絡先	連絡先（ ）		
実施医療 機関名	所在地（ ）		
検査日	年 月 日	検査費用 (上限3,000円)	
検査種別	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE		
検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし（パス） <input type="checkbox"/> 要再検査（リファー）		

2 振込先（※申請者名義の口座に限ります。）

金融機関名及び支店名			
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人（カタカナ）			

3 同意事項（✓してください。）

- 読谷村がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に検査内容の照会をすることに同意します。
- 読谷村において読谷村新生児聴覚検査助成の決定をした後は、読谷村が本助成金を振込先へ振り込むことに同意します。

【添付書類】

- (1) 医療機関等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の写し
- (2) 親子健康手帳（母子手帳）の聴覚検査結果がわかる記載欄の写し
- (3) 振込先の通帳又はキャッシュカード（振込口座のわかるもの）の写し
- (4) 申請者の本人確認書類の写し
- (5) その他村長が必要と認める書類