

様式第5号(第10条関係)

新生児聴覚検査費助成金申請書

新生児聴覚検査を受けた児の氏名		生年月日	年 月 日
検査実施日	年 月 日	申請理由	
新生児聴覚検査を受けた医療機関	住 所		
	医療機関名		
助成対象額(A)※	円 (本査は、保険適用外である。)		
助成基準額(B)※	円		
助成決定額 (A 又は B のいずれか低い方)※	円		
添付書類	1 領収書 2 受診票 3 母子健康手帳の写し		
<p>上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者 住所 (産婦) 氏名 印 電話番号 十 島 村 長 様</p>			

* 以下は、十島村の使用欄です。記入しないでください。

支 給 決 定 状 況			
自己負担額	助成対象額(A)	助成基準額(B)	支給決定額(A 又は B のいずれか低い方)
円	円	円	円
適正状況	適・不適	支給年月日	年 月 日