

新生児聴覚検査費用助成申請書（初回検査）

助成申請額 _____ 円

(ふりがな) 氏 名		性 別	生年月日	郵便番号 住所		確認
()		男 女	年 月 日	〒 朝日町大字 電話番号		
検査日	方法	結果	実施費用	助成申請額		
月 日	AABR OAE	パス リファー	円	円		
実施医療機関						
<p>新生児聴覚検査実施費用について上記のように申請します。</p> <p>朝日町長 鈴木 浩幸 殿</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 氏名： _____ ㊞</p> <p>(検査を受けた者との関係 _____)</p>						

口座 振替 依頼 欄	金融機関名	銀行・農協	支店・支所・出張所
	口 座	口座種別	口座番号
		普通・当座	
	ふりがな		
口座名義人 (保護者)			

上記の本人または代理人の口座に振り込みすることに同意します。*裏面に領収書（写）添付申請者と口座名義人は同一人物としてください。

○委任欄（事情により申請者が来庁できない時は必ず本人の署名押印のこと）

委任状

年 月 日

(あて先) 朝日町長

(委任者)

住 所 _____

氏 名 _____

印 _____

私は、新生児聴覚検査費用助成の申請を次の者に委任します。

(代理人)・・・窓口に来られた方

住 所 _____

氏 名 _____

続柄 _____