

(様式第1号)

新生児聴覚検査費助成金申請書兼請求書

申請日 年 月 日

安八町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請します。

なお、金額の確認のために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会することについて同意します。

申請者	住所	安八町	郵便番号	503-
	氏名		電話番号	
児の氏名	生年月日	年 月 日	医療機関名	
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 安八町	検査日	年 月 日
	氏名		種別及び助成上限	新生児聴覚検査 3,700円
申請額		円		

※振込先指定口座は、【1. 銀行】【2. ゆうちょ銀行】のどちらかにご記入ください。

【1. 銀行】

振込先	銀行・金庫 農協				本・支店 出張所	店番			
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	口座 番号			ふりがな				
					口座 名義人				

【2. ゆうちょ銀行】

振込先	ゆうちょ銀行				ふりがな				
					口座名義人				
	記号				番号 (右詰め)				

※添付書類 母子健康手帳の写し、新生児聴覚スクリーニング検査結果票の写し、領収書の写し