別記第1様式（第8条関係）

串本町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

（償還払受診用）

年　　月　　日

　串本町長　あて

申請者（保護者）住　　所

氏　　名

電話番号

　新生児聴覚検査を実施したので、次のとおり関係書類を添えて申請(請求)します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな新生児氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 妊　婦　氏　名 |  |
| 検査実施日 | (初回検査）　　　　　年　　月　　日 | (確認検査）　　　　　　年　　月　　日 |
| 検査実施医療機関名 | 〒（電話番号） |
| 検査結果 | (初回検査）異常なし　・　要再検査 | (確認検査）異常なし　・　要精密検査 |
| 検査費用 | (初回検査）　　　　　　　　　　　　円 | (確認検査）　　　　　　　　　　　　円 |
| 申請(請求)金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行金庫農協 | 店舗名 | 　　　　　　　　　　　　支店※ゆうちょは漢数字 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人(申請者と同一) | （フリガナ） |

（添付書類）1　新生児聴覚検査に要する費用を支払ったことがわかる書類

2　母子健康手帳

3　受診票

4　前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

別記第1様式（第8条関係）

記入例

串本町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

（償還払受診用）

令和○○年△△月××日

　串本町長　あて

申請者（保護者）住　　所　串本町サンゴ台○○○番地

氏　　名　串 本　 太 郎

電話番号　○○○－△△△△-××××

　新生児聴覚検査を実施したので、次のとおり関係書類を添えて申請(請求)します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな新生児氏名 | 　 　  | 生年月日 | 令和○○年△△月××日 |
| 妊　婦　氏　名 | 　串 本　 花 子 |
| 検査実施日 | (初回検査）　令和○○年△△月××日 | (確認検査）令和○○年△△月××日 |
| 検査実施医療機関名 | 〒649-3510　串本町サンゴ台○○○番地　　　　　　　　　△△△病院（電話番号）○○○-△△△△-×××× |
| 検査結果 | (初回検査）異常なし　・　要再検査 | (確認検査）異常なし　・　要精密検査 |
| 検査費用 | (初回検査）　　　　　　　　○,○○○円 | (確認検査）　　　　　　　　○,○○○円上限は初回、確認検査それぞれ5,000円です |
| 申請(請求)金額 | 　　　　　　　　　　　○,○○○円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行○○　　　金庫農協 | 店舗名 | 　　　　　　　　△△　支店※ゆうちょは漢数字 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 | ××××××× |
| 口座名義人(申請者と同一) | （フリガナ）　　　　　　くしもと　　　たろう串　本　　太　郎 |

（添付書類）1　新生児聴覚検査に要する費用を支払ったことがわかる書類

2　母子健康手帳

3　受診票

4　前各号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類