別記様式（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　宛

申請者（保護者）住　　所

氏　　名

電話番号

新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査実施日 | | (初回検査)  　年　　月　　日 | | | | | | (確認検査)  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査実施  医療機関名及び所在地 | | 〒  (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 | 名義(カナ) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名義(漢字) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行等  ゆうちょ銀行以外 | 金融機関 | 銀行・金庫・農協　　　　本店・支店・出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| ゆうちょ銀行 | 種　別 | | 記　号 | | | | | | 番号(右詰めで記入) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総合口座(通常預金) | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

（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）

令和〇年　**×**月**□**日

　串本町長　宛

申請者（保護者）住　　所　串本町〇〇〇　□番地

氏 名 串本 花子

電話番号　〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

　新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、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 | | くしもと　いちろう  串本　　一郎 | | 生年月日 | | | | | | | 令和〇年　×月　□日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査実施日 | | (初回検査)  令和〇 年　×　月　□　日 | | | | | | (確認検査)  年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査実施  医療機関名及び所在地 | | 〒〇〇〇-〇〇〇〇　　　〇〇町〇〇〇〇  〇〇病院  (電話番号)〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | 5000　　 円  申請者と口座名義人は同一でお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 | 名義(カナ) | クシモト　　ハナコ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名義(漢字) | 串　本 　　花　子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行等  ゆうちょ銀行以外 | 金融機関 | 〇〇銀行・金庫・農協　　〇〇　　　本店・支店・出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 | | | | | | | | | 〇 | | 〇 | | **×** | | **□** | | 〇 | | **△** | | **×** |
| ゆうちょ銀行 | 種　別 | | 記　号 | | | | | | 番号(右詰めで記入) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総合口座(通常預金) | |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

（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