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　　様

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 | 〒（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）

△△年△△月△△日

　串本町長　　様

申請者（保護者）住　　所　串本町串本△△△番地

氏　　名　　串本　太郎

電話番号　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 | △△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 | 〒△△△△　　串本町串本△△△番地△△△△△△病院　　　　　　　（電話番号）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）　　　　　〇〇，〇〇〇円 | (確認検査）　　　　〇〇，〇〇〇円 |
| 申請(請求)金額 | 〇，〇〇〇円 |
| 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 | 〇〇〇〇〇〇 |
| 口座名義人(申請者と同一) | （フリガナ）　クシモト　タロウ　　　　　　串本　太郎 |