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 | | | | |