

様式第1号(第7条関係)

日高川町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼交付請求書

年 月 日

日高川町長 様

新生児聴覚検査を実施しましたので、日高川町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請(請求)します。

申請(請求)者	住 所			
	氏 名			
	電 話	( )		
新生児の氏名 生 年 月 日	年 月 日生まれ			
検査実施日	初回検査	年 月 日		確認検査
		年 月 日		年 月 日
検査実施医療機関名				
検査費用	初回検査	円		確認検査
		円		円
助成申請(請求)金額	円			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店舗名	本店 支店 支所 出張所
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人 (申請者と同一)			

※添付書類

- ① 新生児聴覚検査に係る領収書
- ② 新生児聴覚検査の方法及び結果がわかる書類(写し)又は母子健康手帳(写し)
- ③ ゆうちょ銀行については、通帳(写し)