

様式第1号（第5条関係）

東北町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

東北町長 殿

申請者 住所
(保護者) 氏名 ⑧
電話

東北町新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、東北町新生児聴覚検査費助成事業助成金交付要綱の規定により下記のとおり申請・請求します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で戸籍等の確認を行うことに同意します。

記

ふりがな 児氏名									
児の生年月日	年 月 日								
検査医療機関									
検査内容	検査年月日	結果		給付申請額 ※町記入					
初回検査	年 月 日	右 : パス・再検査 左 : パス・再検査		円					
確認検査	年 月 日	右 : パス・再検査 左 : パス・再検査		円					
合計									円
振込先	金融機関名				支店名				
	預金種別	普通・当座	口座番号						
	ふりがな 口座名義人								

- <添付書類> 新生児聴覚検査の結果が記載された母子健康手帳の写し
 新生児聴覚検査に係る領収書・診療明細書の写し
 振込先通帳の写し（金融機関名、口座番号、口座名義人がわかるもの）