

様式第1号(第7条関係)

有田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

有田川町長 様

新生児聴覚検査を実施しましたので、有田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 (保護者) ※振込先 口座名義 人と同一	住 所	〒		
	氏 名	◎		
	生年月日	年 月 日		
	電話番号			
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		
検査実施 医療機関名				
検査費用	初回検査 円	確認検査 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(有田川町新生児聴覚検査費助成事業用検査実施証明書が添付されている場合不要)
- ② 有田川町新生児聴覚検査費助成事業用検査実施証明書又は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)