遠賀町新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

遠賀町長　殿

申請者（保護者）　　　　　　　　　　　　　　　印

住　　所

電　　話

次のとおり、新生児聴覚検査を受けましたので、助成金を申請及び請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 対象児氏名 |  |
| 検査日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 検査方法 | □AABR□ABR□OAE |
| 検査医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 支払額 | 円　　 |
| 請求額※5,000円を上限とする | 円　　 |
| 添付書類 | □検査費用が確認できる領収書及び診療内容がわかる書類の写し□母子健康手帳又は検査結果が記載されているものの写し |
| 振込先 |

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 | 本・支店名 |
| 　 | 　　　　銀行・信用金庫　　　　信用組合・農協・漁協 | 　 | 　　　　　　　　　　本・支店　　　　　　　　　　出張所 |
| 口座種別 | 口座番号（右詰で記入） | 口座名義（カタカナ）※申請者名義 |
| １ 普通 ２ 当座  | 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 |