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 |  |  |  |  |  |  | |  |  |