様式第1号（第5条関係）

年　　月　　日

立科町長　　　　　　　様

立科町新生児聴覚検査費用助成申請書兼助成金交付請求書

　新生児聴覚検査を実施しましたので、下記のとおり申請（請求）します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請（請求）者（保護者） | 住所 | 立科町大字 |
| 氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　 | 児との続　柄 |  |
| 電話番号 |  | 携帯番号 |  |
| 対象児の氏名（生年月日） | ふりがな（令和　　年　　月　　日 生まれ） |
| 検査実施医療機関名 |  |
| 検査費用 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 助成申請（請求）金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 金融機関名 | 銀行　農協信用組合 金庫 | 支店名 | 支店支所 |
| 口座種別　　：　　普通　　　　　当座　　　　その他（　　　　　　　　　　　） |
| 口座番号 |  | （ふりがな）口座名義人 |  |
| ゆうちょ銀行 | 店　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　（読み：　　　　　　　　　　　　　　） |
| 店　番 |  |  |  | 預金種目 |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （ふりがな）口座名義人 |  |

※　添付書類

・新生児聴覚検査結果票又は母子健康手帳等検査結果の分かるもの（写し）

・領収書（写し）

　・未使用の新生児聴覚検査　受検票（補助券）