

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							
ゆうちよ銀行	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）