様式第１号(第６条関係)

　　年　　月　　日

　香美町長　様

申請者　〒　　　　―

住所

氏名

受診者との続柄　（　　　　　）

電話　　　　（　　　）

香美町新生児聴覚検査費助成申請書

香美町新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、香美町新生児聴覚検査助成事業実施要綱第６条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請額 | | | 円 | | | | |
| 新生児氏名  （受診者名） | | 住　所 |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | | | |
| 氏　名 |  | | | | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行　・　信用（金庫・組合）　・　農協 | | | | | |
| 本支店名 | 本店　・　支店　・　出張所　・　支所 | | | | | |
| フリガナ |  | | 種別 | ・普通  ・当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 |  | |  |

（添付書類）

１ 聴覚検査に要した費用がわかる領収書及び診療明細書の写し

２ 新生児聴覚検査の検査日、検査方法（検査機器）、検査結果が確認できるもの

（母子健康手帳に記入の場合は母子健康手帳）の写し