

様式第1号（第5条関係）

斑鳩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

斑鳩町長 様

申請者 住所
(保護者)

氏名

印

電話番号

斑鳩町新生児聴覚検査費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、必要書類を添えて、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

受診者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 初回検査 <input type="checkbox"/> 確認検査	
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (か月)		
	住所			
実施場所	初回検査	実施日	初回検査	年 月 日
	確認検査		確認検査	年 月 日
請求金額	初回検査	金	円	
	確認検査	金	円	
	合計	金	円	

斑鳩町新生児聴覚検査費用助成金を下記の口座へ振り込んでください。

銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店	預金 種別	普通預金 当座預金
口座番号		口座 名義人	

【必要書類】

- ・聴覚検査の費用を支払ったことを証する領収書（受診者氏名、受診年月日、領収金額、検査医療機関名が記載され領収印のあるものに限る。）
- ・母子健康手帳の聴覚検査記録欄の写し