

年 月 日

函南町新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書（償還払用）

函南町長 仁科 喜世志 様

申請者 住所 函南町

新生児氏名

(生年月日 年 月 日)

保護者氏名 ㊞

電話

函南町新生児聴覚検査費に係る助成金の交付を受けたいので、函南町新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、対象者等の確認のため住民基本台帳を確認することに同意します。

| | | | | |
|-------|-------------|--------------------|----------|-----------|
| 受診日 | | 医療機関名 | | |
| 検査種類 | 自動ABR ・ OAE | | | |
| 初回検査料 | 円 | 請求金額 | 円 | |
| 振込先 | 金融機関の名称 | 銀行・農協 信用金庫・信用組合 | | 支店 出張所 |
| | フリガナ | | 預金 種目 | 普通 当座 |
| | 口座名義 | | 口座 番号 | |

- ※添付書類 (1) 領収書や明細書等の原本
(2) 母子健康手帳
(3) 交付済みの受診票

申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。

記

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委任者 住所

(申請者) 氏名 ㊞

受任者 住所

(口座名義人) 氏名 ㊞