

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	
	フリガナ		支店出張所
	口座名義	預金種目	普通当座 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 ㊟