

令和 年 月 日

占冠村長 様

申請者 住 所
氏 名 印
電話番号

占冠村新生児聴覚検査費助成金交付申請書

次のとおり新生児聴覚検査費助成金の交付を申請します。
なお、助成金の交付の決定に必要な場合は、検査機関に対して検査内容の照会をすることに同意します。

検査受診者	氏 名		
	生年月日	年 月 日生	
医療機関名			
聴覚検査	検査年月日	検査費用	※交付申請額
初回検査	年 月 日	円	円
確認検査	年 月 日	円	円
助成金申請合計額			円

※申請額は、検査費用と助成上限額 5,000 円のうち、いずれか少ない方の額を記入ください。

○添付書類

- ①新生児聴覚検査に係る領収書の写し
- ②新生児聴覚検査の方法及び結果がわかる書類の写し又は母子健康手帳の写し
- ③通帳口座番号の写し

下記の口座振込による支払いを依頼します。

【振込先】 金融機関又はゆうちょ銀行のどちらかを選んでご記入ください。

1 ゆうちょ銀行以外の金融機関

金融機関名	銀行・金庫・農協		支店・出張所				
(フリガナ) 口座名義人	口座種別	普通・当座					
	口座番号						

2 ゆうちょ銀行（郵便局）

店名				口座番号						
店番				(フリガナ) 口座名義人						