

## 富加町新生児聴覚検査費用助成金申請書兼請求書

年 月 日

富加町長様

新生児聴覚検査を実施しましたので、富加町新生児聴覚検査助成事業実施要綱の規定に基づき、必要書類を添えて申請し、下記の金額を請求します。

なお、金額などの確認のために必要な場合は、医療機関等に対し内容等を照会することについて同意します。

保護者（申請者）	住 所	富加町					
	氏 名						
	電話番号	—					
児	氏 名						
検査実施医療機関							
申請額	金	円	検査に直接要した費用。 ただし、3,700円を超える場合は 3,700円とする。				
申請受理年月日	年	月	日	可否決定年月日	年	月	日

**【振込先】**

金融機関 ※ゆうちょ銀行以外	銀行・農協 信用金庫・信用組合			本店・支店 ・出張所		
	金融機関コード			店舗コード		
種 別	普通預金(総合口座)			・ 当座預金	・ その他	
口 座 番 号						
ゆうちょ銀行の場合	記 号			番 号		
フリガナ						
口座名義人						
請 求 額	金					円

(添付書類)

- ① 受診結果が記載された新生児聴覚検査受診票兼結果票(別記様式第1号)
- ② 検査の領収書(写)
- ③ 母子健康手帳1頁(写)