様式第３号(第１０条関係)

猪名川町新生児聴覚検査費助成金請求書

金　　　　　　　　　　　円

年　　月　　日

猪名川町長　様

　新生児聴覚検査に要した上記金額を、猪名川町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第１０条第１項各号の規定により、必要書類を添えて請求します。

申請者

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　１　聴覚検査を受けた者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 利用医療機関 |  |

　２　請求内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 内訳 | 検査日 | 請求額 |
| 初　回　検　査 |  | 円 |

　３　添付書類

　　①　聴覚検査を受けた医療機関が発行した領収書又は聴覚検査に要する費用を支払ったことが確認できる書類

　　②　検査結果報告書

③　検査結果の記載がある母子健康手帳

　４　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | | | 金融機関支店名 | | | | | | |
|  | | | | | | 本店・支店  出張所 | | | | 支店コード | | |
|  |  |  |
| 預金種別 | 口座番号 | | | | | | | | 口座名義人 | | | |
| 普通・当座 |  |  |  |  |  | |  |  | (フリガナ) | | | |
|  | | | |

　上記、振込先口座への振込みに同意いたします。（振込先口座名義人と申請者が異なる場合）

　　署名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞