様式第２号

関ケ原町新生児聴覚検査費助成金申請書

令和　年　月　日

関ケ原町長　西脇　康世　様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費助成金を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| お母さんの氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| お母さんの住所 | 〒　　―　　　不破郡関ケ原町大字電話（　　　）　　－ |
| （ふりがな）児の名前 |  |
| 申請額 | 金　３，７００　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。検査料が満たないときは、その額とする。 |
| ※金額の確認のために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会することに同意します。※助成金の支給決定のため添付の検査結果票が関ケ原町に提出されることに同意します。　　　　　　　　　　　　　　　保護者自署：　　　　　　　　　　　 |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 銀行金庫農協 | 本店支店出張所 |
| 預金種別 | 普通当座 | （ふりがな）口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |

注）太枠の中をご記入ください。

　　（添付書類）　新生児聴覚スクリーニング検査結果票（写）

　　　　　　　　　新生児聴覚検査に係る領収書（写）　母子健康手帳（写）

　　振込先の金融機関は、郵便局は取扱いできません。