

篠栗町長 様

年 月 日

篠栗町新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

篠栗町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり申請します。
また、この申請内容について、医療機関等へ確認することを同意します。

受診者 (児)	名 前		生年月日	年 月 日
申請者	名 前	受診児との続柄()	生年月日	年 月 日
住 所	篠栗町		連絡先 電話番号	
	実施医療機関	検査日	自己負担額 (領収書金額)	申請額
初回		年 月 日	円	(上限5,000円)
確認		年 月 日	円	円

※太枠内は、町で記入します。

【振込先口座記入欄】

口座名義人	フリガナ		名義人名	
金融機関名		支店名		分類
				<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座
銀行 農協 金庫 組合		本・支店 本・支所 出張所		口座 番号
金融機関コード		支店コード		右詰めで記入

【添付書類】

- 新生児聴覚検査受診券の写し(実施医療機関記載分)
- 医療機関発行の新生児聴覚検査の領収書及び診療明細書の写し(保険診療でないことが確認できるもの)
- 申請者の本人確認ができる書類の写し
- 振込先口座が確認できる書類の写し(申請者名義に限る。)
- その他町長が必要と認める書類の写し(代理人が申請の場合は委任状)