様式第４号（第１０条関係）

大津町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

　　　年　　月　　日

大津町長　様

新生児聴覚検査費について助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  　　　住　所　　大津町  　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  保護者  生年月日  　　　新生児氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  新生児  生年月日  　　　電話番号 | | | | | | | | | |
| 振込先  ※申請者の  口座に限り  ます。 | ゆうちょ銀行以外 | 金融機関名 | | 銀行・農協  信用組合  　　　　　　　 信用金庫 | | | | 本店・支店  支所・出張所 | |
| 預金種別 | | 普通  当座 | | (ふりがな)  口座名義人 | | （　　　　　　　　　　　　　） | |
| 口座番号 | |  | | | | | |
| ゆうちょ銀行 | (ふりがな)  口座名義人 | | （　　　　　　　　　　　　　） | | | |  | |
| 店番 | |  | | | 口座番号 |  | |
| 記号 | |  | | | 番号 |  | |
| 申請額 | | | 円 | | 助成額 | | | | 円 |

**（備考）太枠の中をご記入の上、新生児聴覚検査を受けた日の翌日から起算して６月以内に申請してください。**

（申請に必要な書類）

１　医療機関発行の領収書の写し

２　母子健康手帳