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