様式第１号（第４条関係）

六ヶ所村新生児聴覚スクリーニング検査費用助成申請書兼請求書

　　　　令和　　　年　　　月　　　日

六ヶ所村長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　印　（新生児との続柄：　　）

六ヶ所村新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業実施要綱第４条に基づき、関係書類を添えて次のとおり申請及び請求します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍等の確認を行うことに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）新生児氏名 | 　　　　　　　　　 | 生 年 月 日 | 母子手帳交付番号 |
|  | 令和　　年　　　月　　　日 | － |
| 住　　　所 | 六ヶ所村大字　　　　字 |
| 電 話 番 号 | 【自宅】　　　－　　　　　　　　　　【携帯電話】　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　 |
| 検　査　年　月　日 | 医　療　機　関　名 | 申　請　額 |
| 令和　　年　　月　　日（生後　　　日目） |  | 　　円　 |
| 振込先 | 金 融 機 関 名 | 　　　　　　　　　銀行・組合・信用金庫　　　　　　　　　　本店・支店・支所 |
| 預 金 種 別 | 普通・当座 | 口 座 番 号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ）口 座 名 義 人 | 　 |
|  |

【添付書類】（１）検査した医療機関等が発行した検査費用に係る領収書（写し可）

　　　　　 （２）母子健康手帳（新生児聴覚検査記録等）

　　　　　 （３）振込口座の確認ができる通帳（写し可）

　　　　　　※印鑑をご持参ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記申請に基づく助成決定額　　　　　　　　　　　　　　円　 |  |  | 担当者 |  | 申請受付者 |
|  |  |  |  |

※村記入欄