様式第３号（第６条関係）

　　　年　　月　　日

新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

壬生町長　様

新生児聴覚検査を受けたので、助成金を交付されたく申請（請求）いたします。

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査を受けた児との続柄：（　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 支払金額 | 円 |
| 個人負担金 | 円 |
| 助成額 | 円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児氏名 |  | | 生年月日 | 年　　 月　 　日 |
| 指定振込口座 | 金融機関名 | | | |
| (フリガナ) | | | |
| 口座名義 | | | |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| 検査を受けた  医 療 機 関 | 病院  医院 | | 検査を受けた年月日 | 年　　月　　日 |

※申請に必要なもの　領収書・壬生町で配布された受診票・母子健康手帳・印鑑・振込口座の通帳

≪申請にあたっての注意≫

１　検査を受けた医療機関から領収書（レシート不可）を受取りご持参ください。

　※領収書の再発行等の諸経費は自己負担となります。

２　助成金の上限額は、壬生町新生児聴覚検査助成事業実施要綱第4条に掲げる額となります。

３　助成金の請求できる期間は、検査した日から１年以内です。