別記様式(第7条関係)

年　　月　　日

　身延町長　　様

(請求者)

住所

氏名　　　　　　　　　　　　㊞

新生児聴覚検査費助成金請求書

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | □　　 ３,０００円（助成限度額）□ 　　　　　　円（助成限度額３,０００円に満たない場合に記入） |

年　　月　　日に次のとおり新生児聴覚検査を受けたので、身延町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条第2項の規定により請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (ふりがな)児氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
|  |
| 検査医療機関 | 名称 |  |
| 住所 |  |

なお、助成金は次の口座へ支払ってください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名　　称 |  | 銀　　行農　　協信用組合信用金庫 | 店 |
| 口座種別 | １普通　２当座 | 口座番号 |  |
|  |  |

※この請求書に次の書類を添付してください。

(1)　新生児聴覚検査に要した費用に係る領収書及び診療明細書

(2)　新生児聴覚検査の結果が記載された書類

(3)　その他町長が必要と認める書類