

(表)

様式第4号(第9条関係)

年 月 日

苧田町長 様

申請者氏名 _____

代理人氏名 _____ (続柄 _____)

苧田町新生児聴覚検査費用助成交付申請書兼請求書

苧田町新生児聴覚検査費用助成金事業実施要綱により、関係書類を添えて下記のとおり助成金交付申請兼請求をします。

苧田町がこの申請に必要な住民基本台帳に関する情報について調査すること、医療機関等に新生児聴覚検査の受診や支払状況等について照会することに同意します。

助成金は、下記の口座に振り込みをお願いします。

記

1. 氏 名： _____ (新生児聴覚検査を受診した児の保護者)

2. 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 住 所： 苧田町 _____

4. 電話番号： _____

5. 里帰り先等滞在地： _____

6. 振込先金融機関

金融機関・支店名		預金種目	口座番号
		普通 当 座	
口座名義人			
フリガナ			
氏 名			

※ 口座名義人は、新生児聴覚検査を受診した児の保護者に限ります。

※ ゆうちょ銀行に振込みをご希望される方は銀行振込用の店名・口座番号を記入してください。

請求金額 _____ 円

(裏面有)

(裏)

☆ 注意事項

1. 本申請時には、次の書類をご持参ください。

本申請書（菟田町新生児聴覚検査費用助成交付申請書兼請求書）

聴覚検査領収書及び診療明細書

菟田町新生児聴覚検査受診券（検査結果、医療機関名等が記載されたもの）
または、母子健康手帳の「検査の記録」

振込先口座が確認できる書類

申請者の本人確認ができるもの（免許証、マイナンバーカード等）

※ 上記の書類がない場合は申請することができません。

2. 代理人申請の場合は委任状が必要です。

3. 新生児聴覚検査受診券にある検査項目以外は補助金の対象となりません。

提出先・問い合わせ先

菟田町幸町6-91 TEL 093-436-5115

菟田町総合保健福祉センター（パンジープラザ）