第３号様式（第７条関係）

焼津市新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書（償還払用）

年　　月　　日

　（宛先）焼津市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　焼津市新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第７条の規定により、検査に要した費用の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 新生児聴覚スクリーニング検査を受診した者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　月　　日 |
| 聴覚検査実施機関（医療機関・助産所）※該当機関に○印を付けてください。 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 検査日 | 検査方法（どちらかに○） | 申請額 |
| 　　　　年　　月　　日 | 自動ＡＢＲＯ Ａ Ｅ | 円 |

　（添付書類）

　　１　新生児聴覚スクリーニング検査に係る費用の支払を証する領収書

　　２　新生児聴覚スクリーニング検査の内容が分かるもの

　　３　母子健康手帳

　　４　使用しなかった受診票

　＜振込先口座＞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込先金融機関名 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 口座種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ） |  |
| 口座名義 |  |

【以下は、市記入欄ですので記入しないでください。】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 領収金額 | 円 | 助成対象者番号 |  |
| 対象外の経費 | 円 | 助成決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 助成対象経費 | 円 | 助成決定額 |  |