

様式第3号(第6条関係)

有田市新生児聴覚検査費助成金交付請求書

年 月 日

有田市長 様

新生児聴覚検査を受けましたので、有田市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて請求します。

申請者 (保護者)	住 所							
	氏 名	Ⓜ						
	生年月日	年	月	日				
新生児の氏名 生年月日	年 月 日生まれ							
検査実施 医療機関名								
検査実施日	初回	年	月	日	確認	年	月	日
検査費用	初回	円		確認	円			
助成申請 (請求)金額	円							
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協	店舗名	本店 支店 出張所				
	預金種別	普通 ・ 当座		口座番号				
	口座名義人 (申請者と同一 であること)							

※ 添付書類

- ① 領収書(写し)
- ② 新生児聴覚検査の方法及び結果がわかる書類(写し)又は母子健康手帳(写し)