様式第4号（第10条関係）

**長洲町新生児聴覚検査費助成金申請書兼請求書**

年　　　月　　　日

　　長洲町長　様

申請者　　　住所：

氏名：　　　　　　　　　　　㊞

電話番号：

　　長洲町新生児聴覚検査助成実施要綱第10条の規定により、次のとおり申請（請求）します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  お子様の氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 検査日 | 年　　月　　日 | 検査料金 | 円 |
| フリガナ  お子様の氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 検査日 | 年　　月　　日 | 検査料金 | 円 |

　支払方法　　　　１．口　座（下記の金融機関）　　２．窓　口

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振  込  先 | 金融機関（ゆうちょ銀行を除く） | 金融機関名 | | 銀行・農協  信金 | | | | 本店・支店  支所 | | |
| 口座種別 | | 普通・当座・その他（　　） | | | | 口座番号 |  | |
| 口座名義（カナ記入） | | |  | | | | | |
| ゆうちょ銀行  （郵便局） | 記号 |  | | | 番号 |  | | |
| 口座名義（カナ記入） | | |  | | | | | |

添付資料　（1）長洲町新生児聴覚検査料領収証明書（様式第4号）

（2）（1）の検査結果の記載がない場合母子健康手帳の新生児聴覚検査蘭写し

|  |
| --- |
| 町助成額 |
| 円 |

　申請(請求)額：　　　　　　円