

様式第1号(第5条関係)

弥彦村新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

弥彦村長 様

申請者 住所 弥彦村

氏名

(新生児との続柄:)

電話番号

弥彦村新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記のとおり申請します。

なお、申請内容の確認にあたり必要があるときは、弥彦村が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

新生児氏名			
生年月日	年	月	日
検査実施医療機関	(名称)		
	(所在地)		
検査実施日	年	月	日
検査に要した金額	円		
申請金額	円		
振込先口座	金融機関名	銀行・信組 本店 信金・労金・農協 支店・出張所	
	口座種別	普通・当座	口座番号
	口座名義人	(ふりがな)	

【添付書類】

- (1) 新生児聴覚検査実施機関が発行した検査費用の領収書と明細書
- (2) 母子健康手帳（聴覚検査の結果が確認できるもの）
- (3) 振込先口座通帳の写し