

様式第1号（第8条関係）

七飯町新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

七飯町長 様

申請者 住所

氏名

㊟

七飯町新生児聴覚検査事業実施要綱第8条に基づき、下記のとおり申請します。  
なお、助成金の交付の可否を決定するために必要な場合は、本申請に係る情報の照会および医療機関に対する聴覚検査結果等の照会について同意します。

フリガナ 受診者氏名		生年月日	
電話番号		受診者との 続柄	

受診した医療機関	聴覚検査に要した費用	償還払決定額 (七飯町記入欄)
	円	円

振込先金融機関の名称および口座番号

※申請者と口座名義人は同一であること

金融機関名	口座番号	口座名義
銀行 本店・支店	普通 当座	フリガナ

【添付書類】

- 1 検査結果等が記載された新生児聴覚検査受診票又は母子健康手帳
- 2 受診者又はその保護者氏名、検査日及び検査に要した費用が明記された領収書
- 3 振込口座の通帳の写し
- 4 印鑑

※事務処理欄

本人確認

運転免許証 健康保険証 マイナンバーカード その他 ( )