

(あて先) 多気町長 様

住 所: 多気町
 申請者 氏 名:
 電話番号:

多気町新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書兼請求書

多気町新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第8条の規定に基づき、次のとおり申請します。

また、この助成の決定に関する事務手続の処理のため、多気町が住所、受検状況等について関係機関に照会し、取得すること及び関係機関が多気町からの照会に対し回答し、及び報告することに同意します。

被 検 査 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生
検 査 医 療 機 関 名		
検 査 年 月 日		年 月 日
請 求 金 額		円

振込先（原則として、申請者の口座を指定してください。）

振込先	銀行 信用金庫 農 協	店名	本店 支店 出張所
種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

注) 必ず医療機関で発行された検査費に係る領収書（原本）と聴覚検査を受けたことがわかる書類（母子健康手帳の写しや診療報酬明細書など）を添付してください。

申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合、下欄に記入をお願いします。

*委任状	
私は、上記口座名義人に検査費用の受領に関する一切の権限を委任します。	
年 月 日	申請者氏名

※以下は記入しないでください。

書類確認欄	受付日	審査結果	交付 決定日	決裁		
				課長	係長	合議
<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他		1. 該当 2. 非該当				