

様式第3号(第6条関係)

申請日 年 月 日

(あて先) 大台町長 様

住 所 : 大台町

申請者 氏 名 :

電話番号 :

大台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

大台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6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、大台町が住所、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大台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	大台町
	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 _____