**愛別町新生児聴覚検査費助成申請書**

年　　　月　　　日

愛別町長　様

申請者住所

申請者氏名

下記のとおり新生児聴覚検査を受けましたので助成金を交付されたく、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　　　請　　　　内　　　　容 | 対象児住所 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 対象児氏名 | |  | | | | | 生年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 検査実施日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 検査費用額 | | 円 | | | | | | | | | | | | |
| 助成金の  振込先 | | 金　融  機関名 | | 銀行　　　　　　　　　　　本店・支店  　　　　　　　信用金庫  　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　本所・支所 | | | | | | | | | | |
| 口　座  番　号 | | 普通・当座 | | | | | 口　座  名義人 | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | | | |
|  | | | |
| * 決　　定　　欄 | 課長 |  | | 課長  補佐 | |  | 係長 | |  | | 係 | |  | 合議 |  |
| 決定年月日 | | |  | | | | | １．上記申請内容を審査結果、次のとおり助成する。  ２．次の理由により上記申請を却下する。 | | | | | | |
| 助成決定額 | | | 円 | | | | | | | | | | | |
| 却下理由 | | |  | | | | | | | | | | | |

（注）申請者は※欄には記入しないでください。

【添付書類】

（１）新生児聴覚検査に係る領収書

（２）母子健康手帳もしくは検査済みを確認できる書類の写し