様式第３号（第９条関係）

新生児聴覚検査助成金償還払申請書兼請求書

年　　月　　日

あさぎり町長　　様

申請者住所

氏名

受診者との続柄（　　）

電話番号

新生児聴覚検査における償還払いについて、あさぎり町新生児聴覚検査事業実施要綱第９条の規定により、関係書類を添えて申請します。

<table>
<tr><td rowspan="6">申請</td><td>フリガナ
受診者氏名</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">生年月日
年　月　日</td></tr>
<tr><td>受診者住所</td><td colspan="5">〒　－
球磨郡あさぎり町</td></tr>
<tr><td rowspan="4">検査内容</td><td>検査区分</td><td>検査日</td><td>申請額</td><td>受診日ﾁｪｯｸ</td><td>決定額</td></tr>
<tr><td>初回検査</td><td></td><td>円</td><td></td><td>円</td></tr>
<tr><td>確認検査</td><td></td><td>円</td><td></td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">合　計</td><td>円</td><td></td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="5">請求</td><td colspan="5">年　月　日付け、あさ健康第　　号で交付決定のあった新生児聴覚検査費の償還払いについて、下記の金額を請求します。
年　月　日
請求者氏名
（自署または記名押印）
円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">払込先
（保護者）</td><td>金融機関名</td><td></td><td>支 店 名</td><td></td></tr>
<tr><td>口座の種類</td><td>普通　・　当座</td><td>口座番号</td><td></td></tr>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>口 座 名 義</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

【関係書類】　□助成対象検査の費用及び検査日がわかる領収書または医療機関証明書

□検査結果を確認できる書類（母子手帳の写し等）

□振込希望先金融機関の通帳の写し

□その他必要な書類