

様式第2号（第9条関係）

川崎町新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

川崎町長 殿

申請者 住所

氏名

川崎町新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり申請します。

|                                     |                    |                 |           |                        |       |
|-------------------------------------|--------------------|-----------------|-----------|------------------------|-------|
| (ふりがな)<br>産婦氏名                      |                    | 助成券<br>交付日      | 年 月 日     |                        |       |
| 生年月日                                | 年 月 日              | 電話番号            |           |                        |       |
| 住 所                                 | 〒                  |                 |           |                        |       |
| 新生児聴覚検査の受診年月日、支払金額及び医療機関名を記入してください。 |                    |                 |           |                        |       |
|                                     | 受診年月日              | 助成金上限額<br>A     | 支払金額<br>B | 助成申請額A又はBの<br>いずれか少ない方 | 医療機関名 |
| 初回<br>検査                            | 年 月 日              | 8,000円          | 円         | 円                      |       |
| 確認<br>検査                            | 年 月 日              | 8,000円          | 円         | 円                      |       |
| 助成申請額合計                             |                    |                 |           | 円                      |       |
| 指<br>定<br>口<br>座                    | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>出張所 | 種 類       | 普通預金・当座預金・その他          |       |
|                                     | 金融機関コード            | 店舗コード           | 口座番号      |                        |       |
|                                     |                    |                 |           |                        |       |
|                                     | 口座名義人              | (フリガナ)          |           |                        |       |