

第1号様式（第6条関係）

松田町新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

年 月 日

松田町長 様

下記のとおり新生児聴覚検査をしましたので、松田町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、必要書類を添えて、次のとおり申請及び請求します。
 なお、申請を行うにあたり、裏面同意事項に同意します。

申請者 (保護者)	母子健康手帳番号		
	フリガナ		
	氏名	印	
	住所	松田町	
	電話番号		
受検者 (子)	フリガナ	男	受検者の生年月日 年 月 日
	氏名	女	
	検査内容	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE	
	検査結果	右 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> リファー (再検査)) 左 (<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> リファー (再検査))	
	検査日	年 月 日	
	検査実施機関名		
申請額	円		
振込先	金融機関名		
	口座番号	支店等名	
	フリガナ	預金種別	普通・当座
	口座名義人		

(以下は、振込先の口座名義人が請求者以外の場合のみ記入してください。)

委任状

私は、本件に係る助成金の受領を次の者に委任します。

(口座名義人) 住所 _____

氏名 _____ (請求者との続柄: _____)

年 月 日 請求者氏名 _____ 印

<同意事項>

- 1 交付資格の確認及び審査にあたり、町が公簿や受診状況等の資料について閲覧することに同意します。また、公簿等で確認ができない場合は、関係書類を提出します。
- 2 申請書の不備について、町が定める期間までに申請者に連絡・確認が取れない場合や、必要書類が提出されなかった場合は、当該申請が取り下げられたものとみなされることに同意します。
- 3 (他の自治体で母子健康手帳の交付を受けた場合) 従前の居住地の自治体において、この助成金と同様と認められる助成金等を受給していません。
- 4 助成金の交付後、交付要件に該当しないことが判明した場合は、助成金を返還します。

※町記入欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査に要した経費の領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 出生届出済の証明が記載されている母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 検査受診日及び結果が記載されている母子健康手帳の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座の確認資料 (通帳またはキャッシュカードの写し)
------	--