様式第１号（第４条関係）

築上町新生児検査費助成申請書兼請求書

年　　月　　日

築上町長　　　　　　様

　新生児検査について助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  　　住　所　　築上町大字  母子健康手帳No.  　(発行番号)  保護者氏名　　　　　　　　　　　　　 ㊞  新生児  生年月日  　新生児氏名　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　　 　 年　 　月　 　日  　電話番号  私が築上町より支払いを受ける助成金については、すべて下記の口座へ振込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先  ※申請者の口座に限ります | | 金融機関名 | | 銀行　　　　　　　　　　本　店  金庫　　　　　　　　　　支　店  農協　　　　　　　　　　出張所 | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | 普　通  当　座 | | | （ふりがな）  口座名義人 | | | | | （　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 口座番号 | |  |  |  | | |  | |  | |  |  | | （左詰記入） |
| 申　請　額  （合　計） | | | 円 | | | | | 助　成　額  （合　計） | | | | | | | 円 | |
| 内訳 | 新生児聴覚検査 | | 円 | | | | | 内訳 | | 新生児聴覚検査 | | | | | 円 | |
| ライソゾーム病検査 | | 円 | | | | | ライソゾーム病検査 | | | | | 円 | |
|  | | 円 | | | | |  | | | | | 円 | |

(備考)太枠の中をご記入の上、新生児検査を受けた日の翌日から起算して６月以内に申請してください。

申請受理年月日

(申請に必要な書類)

　　１　新生児検査記録の写し（日付、検査方法、結果）

　　２　医療機関の発行の領収書の写し（請求分全て）

　　　　(氏名、日付、金額がはっきり分かるようにコピーしてください。)

　　３　母子健康手帳