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