

第3号様式（第9条関係）

南房総市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書兼請求書

|   |               |   |      |          |
|---|---------------|---|------|----------|
| 受診者   | (フリガナ)<br>氏 名 |   | 生年月日 | 年 月 日    |
|   | 住 所           | 南房総市  |      |          |
| 母子健康手帳番号  |               |   |      |          |
| 新生児聴覚スクリーニング<br>検査を受けた医療機関名   |               |   |      |          |
| 検 査 日   |               | 年 月 日   |      |          |
| 検 査 料 金   |               | 円   |      |          |
| 請 求 理 由<br>(該当するものに○)   |               | 1 療養その他の事由により、県外の医療機関において新生児聴覚スクリーニング検査を受けた。<br>2 その他 ( ) |      |          |
| ※1 支給決定額  |               |   |      |          |
| <p>上記のとおり新生児聴覚スクリーニング検査を受けましたので、南房総市新生児聴覚スクリーニング検査事業実施要綱第9条の規定により、助成金を交付されるよう申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>南房総市長 宛</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所<br/>(保護者) 氏名 (印)<br/>受診者からみた続柄 ( )<br/>電話 ( )</p> |               |   |      |          |
| 振込先<br>(申請者)  | 金融機関名         | 銀行<br>信用金庫<br>農業協同組合                                      |      | 本店<br>支店 |
|   | 預金種別          | 普通・当座   | 口座番号 |          |
|   | 口座名義          | (フリガナ)  |      |          |

※ ※1 欄の記入は不要です。

※ 新生児聴覚スクリーニング検査を受けた医療機関の領収書、母子健康手帳及び新生児聴覚スクリーニング検査受診票（未使用）を添えて提出してください。