様式第１号（第９条関係）

年　　月　　日

　行橋市長　　　　　殿

申請者兼請求者　住所　　行橋市

氏名　　　　　　　　　　　　　印

（対象者との続柄：　　　　　）

電話

行橋市新生児聴覚検査費補助金交付申請書兼請求書

行橋市新生児聴覚検査補助金の交付を受けたいので、行橋市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第９条の規定に基づいて下記のとおり申請します。

また、当該補助金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。

記

１　対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  氏　　名 |  | 生年月日 | 年　月　日 |
| 住　　所 | ※申請者と同じ場合は記入不要  行橋市 | 母子手帳番号 |  |

２　検査方法、申請（請求）額等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 初回検査  方法 | 検査日 | 自己負担額  （A） | 補助上限額  （B） | 申請（請求）額  （A）又は（B）  いずれか少ない額 |
| ＡＡＢＲ | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |
| ＯＡＥ | 年　　月　　日 | 円 | 円 | 円 |

３　補助金振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・農協  信金・信組・労金 | | 本店・支店・出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義人 |  | | |

４　添付書類等

（１）　検査の方法及び検査結果が確認できる書類（母子健康手帳等）

（２）　検査費用の支払を証する領収書の原本

（３）　新生児聴覚検査受診券（検査報告書）の原本