

山北町新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

山北町長 殿

新生児聴覚検査費用の支給を受けたいので、山北町新生児聴覚検査費用に関する償還払い実施要綱第 5 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、下記同意事項に同意します。

申 請 者	氏 名	⑩
	住 所	山北町
	電話番号	— —
母子健康手帳番号		
検査医療機関等名称		
検査日	年 月 日	
請求金額	円	
振込先金融機関	金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 農協
	本・支店名	本店 ・ 支店
	口座種類	普通 ・ 当座
	口座番号	
	(フリガナ)	
	口座名義人	

<同意事項>

- 1 受給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 山北町に転入した方の場合、従前の居住地の自治体において、この補助金と同様と認められる補助金等を受給していません。
- 4 補助金の支給後、支給要件に該当しないことが判明した場合は、補助金を返還します。

※町記入欄

添付書類	☐ 妊娠届出書または母子健康手帳の写し ☐ 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）
------	---