別紙（第８条関係）

# 新生児聴覚検査助成金交付申請・請求書

令和　　年　　月　　日

波佐見町長　　様

申請・請求者（被検査者の保護者）
住　　所
氏名
電話番号

下記のとおり波佐見町新生児聴覚検査費用の助成を申請・請求します。

| | |
|---|---|
| ふりがな<br>検査者名<br>生年月日 | 令和　　年　　月　　日生 |
| 申請・請求額 | 金　　３，０００　　円 |
| 検査医療機関名 | |

なお、上記の金額については、下記口座に振込みを依頼します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| 支払希望金融機関名 | | 口座番号 | |
| 本・支店名 | 本・支店 | 普通 | |
| ふりがな<br>口座名義人 | | | |

ゆうちょ銀行を希望される方は下の欄に記入下さい

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ゆうちょ銀行 | 記号 | 1 | | | | 0 | — | ※ | 番号 | | | | | | | | 1 |
| ふりがな<br>口座名義人 | | | | | | | | | | | | | | | | | |