

様式第3号（第11条関係）

名張市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金支給申請書兼請求書

年 月 日

名張市長 宛て

名張市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業実施要綱（令和5年名張市告示第32号）第11条第1項の規定に基づき、新生児聴覚スクリーニング検査費用の助成を申請します。

申請者 下  
住所 名張市  
氏名  
電話 ( ) -

子どもの氏名、生年月日、検査日、検査金額、申請金額（太枠の中のみ記入してください。）

子どもの氏名	生年月日	検査日	検査金額	申請金額 検査金額と3,000円の いずれか少ない額
	年 月 日	年 月 日	円	円
	年 月 日	年 月 日	円	円
◎申請金額は、上限3,000円（子ども1人につき1回） (添付資料) 1 医療機関等発行の領収書 (原本) 2 受診券			申請金額合計	円

- \* 申請期日は、検査を受けた日から90日以内です。
- \* 申請にお越しの際は、念のために印鑑をご持参ください。

※受付年月日	年 月 日	(承認・不承認)	年 月 日
※受付者		*決定年月日	
*受給者番号		*助成額	円

名張市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金請求書

年 月 日

名張市長 宛て

請求者氏名 ㊞

支給決定された新生児聴覚スクリーニング検査費用を請求しますので、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名	支店名	種別	口座番号 ※右詰でお書きください。	口座名義 (カナ) ※通帳の表記に合わせてください。
1. 銀行 5. 農 2. 金庫 6. 漁連 3. 信組 7. 信漁連 4. 信連	本・支店 本・支所 出張所	1. 普通 2. 当座		

領収証の原本と受診券を添付してください。

領  
収  
証  
(  
原  
本  
)  
・  
受  
診  
券  
添  
付  
欄