

下 呂 市 長 様

申請者（請求者）住 所 〒

氏 名

新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

委託医療機関以外で新生児聴覚検査を受けたので、下記のとおり新生児聴覚検査助成金の申請及び請求をします。

記

1 請 求 額 金 円

内訳

初回検査： 円
確認検査： 円

2 補助金振込先

口座名義人	フリガナ											
	氏 名											
金融機関名 (ゆうちょ銀行以外)	店名		種別	口 座 番 号								
銀 行 金 庫 農 業 協 同 組 合 信 用 組 合	本 店 支 店 支 所 出 張 所		1 普通 2 当座									
ゆうちょ銀行	通帳記号				通 帳 番 号							
	1				0							

(注意) 振込み口座は、申請者（請求者）名義に限ります。

【添付書類】

- ☐結果が記入された新生児聴覚検査受診票兼結果票（様式第1号）
- ☐新生児聴覚検査にかかる領収書及び診療明細書
- ☐振込先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）

【持参書類】

- ☐母子健康手帳