

糸魚川市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

糸魚川市長 様

申請者（保護者） 住 所 糸魚川市

氏 名

電話番号

糸魚川市新生児聴覚検査費用助成要綱第11条第1項の規定により、次のとおり新生児聴覚検査費用の助成金の交付を受けたいので申請します。

なお、この申請に関し、医療機関に対して検査内容等の照会をすることに同意します。

|              |                            |             |                     |
|--------------|----------------------------|-------------|---------------------|
| 新生児<br>氏名    |                            | 新生児<br>生年月日 | 年 月 日               |
| 検査実施<br>医療機関 |                            |             |                     |
| 検査日          | 年 月 日                      | 申請額         | 円                   |
| 振込指定<br>金融機関 | 銀行・信組<br>本店<br>金庫・農協<br>支店 |             | 預金<br>種別<br>普通 ・ 当座 |
|              | フリガナ                       |             | 口座<br>番号            |
|              | 口座名義人                      |             |                     |

※提示書類：上記の支払済額が確認できる領収証及び明細書並びに母子健康手帳