

課長	補佐	係長	担当者	受付	年 月 日
				伺	年 月 日
				決裁	年 月 日

妙高市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

妙高市長 宛て

申請者 住 所 妙高市
氏 名
(新生児との続柄：)
電話番号

次のとおり新生児聴覚検査費用の助成を申請します。
なお、助成金の交付決定に必要な場合は、医療機関に対して検査内容の照会をすることに同意します。

新生児氏名	
生年月日	
検査実施医療機関	(所在地)
	(名称)
新生児聴覚検査実施日	
検査に要した費用	円
助成金申請額	円

※助成限度額は新生児聴覚検査費用の実費額とし、新生児1人につき5,000円を上限とする。

《振込指定口座》

金融機関名	銀行・組合 農協・金庫 ゆうちょ銀行	本店 支店
口座番号		<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当座
(フリガナ)		
口座名義人		

- 注) 1. 次の書類を添付してください。
- ・新生児聴覚検査結果が確認できる書類（母子健康手帳等）
 - ・検査を実施した医療機関が発行する検査に要した費用に係る領収書又はこれを証する書類
2. 振込先は申請者本人名義の口座を記入ください。
3. 検査実施日から起算して6か月以内に申請してください。