

年 月 日

新生児聴覚検査費助成申請書

十日町市長 様

次のとおり検査費用の助成を申請します。必要があるときは、市が住民基本台帳の閲覧、受診機関に関係事項の照会をすることに同意します。

申請者	氏名			電話番号	
	住所	〒			
検査を受けた児	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	※申請者と同じ場合、記入不要 十日町市			
検査実施日	年 月 日				
検査医療機関					
検査費用	円				
助成申請額	円				
振込指定 金融機関 (申請者名義)	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店	預金種別	普通・当座
	フリガナ			口座番号	
	口座名義人				

助成決定額	※この欄は記入しないでください。 円
-------	---------------------------

(注) 以下の書類を添付してください。

- ☐ 領収書及び明細書（原本）
- ☐ 母子健康手帳の出生届出済証明及び聴覚検査結果を記載したページの写し
- ☐ 振込先口座を確認できるもの（通帳の写しなど）
- ☐ 未使用の新生児聴覚検査受診票