

新生児聴覚検査県外受検助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

西都市長 殿

新生児聴覚検査（県外受検）に対する助成金の交付を受けたいので、西都市新生児聴覚検査費助成金交付要綱第7条の規定に基づき関係書類を添えて交付申請します。

*太枠内を記入

申請者の住所 (児の保護者)	〒 - 西都市				
申請者の氏名 (児の保護者)	フリガナ		生年月日		
			印	年 月 日	
児の氏名	フリガナ		生年月日		
				年 月 日	
住所 (里帰り先)	〒 - 電話() ()様方				
連絡先(里帰り先)	- -		連絡先 (携帯等)	- -	
郵送先	自宅 ・ 里帰り先 *決定通知書を送付いたします。				
振込先 ※ 手帳等の写しを添付してください。	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店・本所 支店・店 出張所		預金 種別
	フリガナ				
	口座名義人	口座 番号			
※申請者本人以外の口座名義の場合は下記の委任状を記入して下さい。					
委任状 要 ・ 不要	私、() は、新生児聴覚検査県外受検にかかる補助金の 振込みについて、() に、その権利を委任いたします。 年 月 日 住所：西都市 氏名： 印				

申請額兼請求額（※下記の欄は記入しないで下さい。）

検査名	受検年月日	ア 医療機関等 の領収書額	イ 支給限度額	請求書 (アとイのうち少ない額)
新生児聴覚検査 (一次検査)	年 月 日		5,000円	