

様式第1号（第6条関係）

新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

小城市長 様

申請者 郵便番号 _____
住 所 _____
氏 名 _____ (対象児との続柄)
電話番号 _____

小城市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の交付を受けたいので、小城市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請及び請求します。

記

対象児	住所												
	氏名												
	生年月日	年			月			日					
検査実施日		年			月			日					
検査実施医療機関名													
請求額 ※上限3,000円		円											
振込先	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協・漁協											
	支店名	本店・支店・本所 支所・出張所											
	預金種別	普通・当座		口座番号									
	ゆうちょ記号					ゆうちょ番号							
	フリガナ 口座名義人												

- (注) 1 申請者と口座名義人が異なる場合は、委任状が必要になります。
2 添付書類 (1) 受診した医療機関が発行する領収明細書
(2) 母子健康手帳等の聴覚検査の結果が記載されているもの
(3) 振込先口座通帳の写し

受付者： ☐ 本人確認済