

年 月 日

小城市長 様

申請者 住所

氏名 ㊟ 続柄（ ）

電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査費助成申請書兼請求書

新生児聴覚スクリーニング検査に係る費用の助成について、下記のとおり申請及び請求します。
また、この申請にあたり、小城市が保有する情報について調査及び実施機関等へ確認することに同意します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
新生児氏名		性別	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
実施機関			
初回検査実施日		自己負担額	
助成申請額	金 円		

（振込先）

金融機関	銀行・金庫・組合・農協	本店・支店・本所・支所	
口座番号		口座種別	当座 ・ 普通
フリガナ			
口座名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任に記入が必要になります。

私は、上記口座名義人に新生児聴覚スクリーニング検査費助成金の受取を委任いたします。 年 月 日 氏名
