

阿蘇市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

阿蘇市長 様

新生児聴覚検査費について助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者			
住 所		阿蘇市	
保護者氏名	印	母子手帳番号 (発行番号)	
新生児氏名	新生児 生年月日		年 月 日
電話番号			
振込先 <small>※申請者（保護者）の 口座に限ります。</small>	金融機関名	銀行・農協 信用組合 信用金庫	
	預金種別	1 普通 2 当座 3 その他	口座番号
	(フリガナ) 口座名義人	( )	
申請額 (上限 5000 円)	円	助成額	金

(備考) 太枠の中をご記入の上、新生児聴覚検査を受けた日の翌日から起算して6月以内に申請してください。

※うち銀行のかたは、振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)をご記入ください。

(申請に必要な書類)

- 1 検査を実施した医療機関が発行した新生児聴覚検査の領収書(写し)  
※氏名、検査名、検査の費用、検査日、医療機関名が記載されたもの
- 2 阿蘇市新生児聴覚検査受診票もしくは母子健康手帳(検査結果が記載されている書類)
- 3 振込先口座のわかる通帳の写しなど