

別記

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

土岐市長

申請者(保護者)

住 所

氏 名

電話番号

土岐市新生児聴覚検査・1か月児健康診査助成金交付申請書兼請求書

新生児聴覚検査・1か月児健康診査助成金の交付を受けたいので、土岐市新生児聴覚検査・1か月児健康診査助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。なお、申請書の適正を判断するために必要な場合は、医療機関等に対し検査・健診の内容を照会されることについて同意します。

1 交付申請(請求)額 円 (上限5,000円)

2 検査・健診の対象児

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			

3 検査・健診の内容

検査・健診	受診日	支払額
新生児聴覚検査	年 月 日	円
1か月児健診	年 月 日	円

4 助成金の振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・農協		
店名	店		
種別	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

5 添付書類 ○検査・健診に係る領収書及び明細書

○振込先指定口座の銀行名、名義人、口座種別、口座番号及び支店名が分かる通帳やキャッシュカード等のコピー

市の確認欄

☐ 領収書及び明細書

☐ 母子健康手帳の確認(対象児の生年月日・保護者氏名・検査・健診実施日)