

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助成金交付申請書兼請求書

新生児聴覚検査助成金の交付を受けたいので、土岐市新生児聴覚検査助成金交付要綱第 7 条第 2 項の規定により、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の内容を照会されることについて同意します。

1.対象児・検査内容・申請(請求)額

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏 名			
検査日	年 月 日		
支払額	円	申請(請求)額	(助成上限額 4,000円) 円

2.振込先

ふりがな				
口座名義人				
金融機関 (ゆうちょ銀行以外)	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	
ゆうちょ銀行	通帳記号		通帳番号	

- 3.添付書類 ○新生児聴覚検査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・検査実施日等)