様式第２号（第８条関係）

令和　　年　　月　　日

益田市長　様

申請者　　住所

氏名

（新生児からみた続柄：　　）

電話

益田市新生児聴覚検査費助成事業助成金交付申請書兼請求書

　新生児聴覚検査の費用について、助成金の交付を受けたいので、益田市新生児聴覚検査実施要綱第８条第２項の規定により、次のとおり申請・請求します。

　なお、申請内容について、市が医療機関に照会することに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新生児氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 受診医療機関名 |  |
| 検査受診日 | 　　　年　　月　　日 |
| 支払額 | 　　　　　　　　　円 |
| 助成申請額 | 　　　　　　　　　円（上記支払額の範囲内で、３，０００円が上限となります。） |
| 振込先口座 | 金融機関 | 銀行・信組・農協信金・労金・漁協 | 店舗名 | 本店・営業部支店・出張所 |
| 口座種類 | 普通　　当座その他（　　　） | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| （フリガナ）口座名義 |  |
|  |

【添付書類】

　(1)　受診日、検査結果等が分かるもの（母子健康手帳の写し等）

　(2)　検査費用の領収書（写し）及び明細書（写し）

　(3)　未使用の新生児聴覚検査受診票

　(4) その他市長が必要と認める書類