

様式第 1 号(第 5 条関係)

新生児聴覚検査助成金交付申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

申請者 住所
氏名
電話番号

下記のとおり新生児聴覚検査受診料の助成を受けたいので、ふじみ野市新生児聴覚検査助成金交付要綱第 5 条の規定により申請します。また、市が交付決定に当たり、受診した医療機関等へ確認を行うことに同意します。

なお、交付される助成金は、下記の指定口座に振り込むようお願いします。

記

1 交付申請額 円

2 指定口座

金融機関名		支店名	
口座の種別	普通・当座	口座番号	
(ふりがな) 口座名義人			

3 添付書類

- (1) 助成券
- (2) 受診した医療機関が発行した領収書原本
- (3) 聴覚検査の内容が確認できるもの
- (4) 母子健康手帳健診欄の写し