

第1号様式（第10条関係）

新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和 ○年 △月 □日

(宛先) 上越市長

次のとおり委託医療機関以外の医療機関等で受診した新生児聴覚検査費の助成を申請します。

新生児	フリガナ氏名	ジョウエツ サクラ 上越 桜		母子健康手帳番号	1234				
	生年月日	令和 5年 4月 1日							
保護者	フリガナ氏名	ジョウエツ ハナコ 上越 花子							
	生年月日	昭和・平成 6年 11月 22日 (28歳)							
	住所	〒943-**** 昼間の連絡先電話番号 090 (1234) 5678 上越市木田 1-1-3							
振込先	金融機関名	第四北越銀行		支店名	上越市役所出張所				
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6
	口座名義人 (カタカナで記入)	ジョウエツ ハナコ							

○住民基本台帳の閲覧等の承諾欄

新生児聴覚検査費の助成を受けるに当たり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧及び受診機関への支払内訳の確認をすることについて、承諾します。

署名の場合は押印不要です。

新生児保護者氏名

上越 花子

(署名の場合は押印不要)

備考 領収書がない場合は、医療機関で下記内容を記入してもらってください。

検査実施日	検査に要した費用
令和 年 月 日	円
上記のとおり領収しました。 令和 年 月 日	
医療機関 所在地 名称 代表者氏名	
㊟	