

小山市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

小山市長 様

(申請者) 住 所

氏 名 ㊟

連絡先

小山市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第11条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費助成金の交付を申請します。なお、助成金の交付を受けるに当たり、小山市長が住民基本台帳の調査を行うことに同意します。

記

新生児氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
実施医療機関	名称				
	住所				
交付申請額	円				
	※ 申請額は、検査に要した費用が限度額（5,000円）を超える場合は、5,000円とする。				
振込先	金融機関名	銀行・信金 信組・農協 労金			本店 出張所 支店
	預金口座	普通	当座	口座番号	
	口座名義人	フリガナ			

添付書類：聴覚検査に係る医療機関の領収書、受診票及び母子健康手帳の写し