

H30年 5月 1日

【記入例】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 **小山市〇〇町△-△-△
□□マンション▲▲室**

氏 名 **小 山 桜 子** (印)
連絡先 **090-1234-5678**

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	小 山 太 郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女	生年月日	2018年4月1日
実施医療機関	名称	〇〇病院			
	住所	埼玉県〇〇町△-△-△			
交付申請額	5,000 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="radio"/> 銀行・信金 <input type="radio"/> 信組・農協 <input type="radio"/> 労金	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	本店 出張所 <input checked="" type="radio"/> 支店
	預金口座	<input checked="" type="radio"/> 普通	当座	口座番号	1234567
	口座名義人	フリガナ おやま さくらこ 小 山 桜 子			

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