

葦崎市新生児聴覚検査事業助成金交付申請書兼請求書

年
 月
 日

（宛先）葦崎市長

申請者
 住所
 氏名
 電話番号
 母子健康手帳 No.

〒

葦崎市新生児聴覚検査事業実施要綱第 9 条の規定により次のとおり申請します。

受診日	支払金額	助成金額
年 月 日	円	円
助成合計金額	円	

- ※ 太枠に記入してください。
- ※ 助成金額は、新生児聴覚検査 1 回につき、3,000 円を上限とし、上限額に満たない場合は、実際に支払った金額となります。

払込指定口座

金融機関名	
本・支店名	本 ・ 支店
口座種類	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

※太枠に記入してください。

添付書類

- 1 医療機関が発行する新生児聴覚検査の領収書の写し
- 2 新生児聴覚検査で検査した項目及び検査を実施した日が記載された母子健康手帳又はこれを証することのできる書類
- 3 使用していない受診票

（注） この申請書は、出産後 1 8 0 日以内に提出してください。