

別記様式第1号（第4条関係）

（表）

令和 年 月 日

新生児等聴覚検査費助成金交付申請書

福生市長 宛て

申請者 住 所
氏 名 ④
電 話
続 柄 ()

里帰り出産等のため市が委託した医療機関以外で新生児等聴覚検査を受診し、費用を負担したので、福生市新生児等聴覚検査費助成金交付要綱第4条の規定により次のとおり助成金の交付を申請します。

この申請の内容について、住民票等の公簿等との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	
新生児等氏名		令和 年 月 日	
住 所	福生市		
受診年月日	医療機関の名称	医療機関の所在地	自己負担額(円)

注1 必要書類（提示又は提出が必要となります。）

- (1) 新生児等聴覚検査受診記録が記載されている母子健康手帳
- (2) 医療機関が発行した聴覚検査を受診した旨が明記された領収書又はその写し
- (3) 未使用の受診票
- (4) その他市長が必要と認める書類

注2 助成額は、検査の自己負担額と市長が予算の範囲内で定める額とのいずれか低い方となります。

注3 申請期間は、新生児等の出生日から1年間です。

*裏面も御記入ください。

(裏)

助成金については、次の口座に振り込んでください。

金融機関番号					支店番号			口座種別	
(金融機関名)	1 銀行	4 信組			(支店名)	1 本店		1 普通	
	2 信金	5 その他				2 支店		2 当座	
	3 農協					3 出張所			
口座番号					口座名義				
					フリガナ				
					名義人				

注) ゆうちょ銀行に振込みを御希望の方は、郵便局で口座振替用の印字を受けた口座番号を記入してください。