

様式第1号(第5条関係)

都留市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

都留市長 様

申請者

住 所 都留市

氏 名

印

都留市契約外医療機関において受診した新生児聴覚検査について、助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

1 助成金申請額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農 協									
支店名	本店 支店									
口座種類	普通・当座	口座番号 (右詰め)								
預金口座名義	フリガナ									
	住所									
	フリガナ									
	氏名									

3 受診明細

受診者氏名		生年月日	年 月 日
新生児聴覚検査受診日	聴覚検査費用 (保険適用分を除く)	上限額	決定額
年 月 日	円	3,000 円	円
受診した 医療機関	医療機関名 所在地 TEL		

新生児聴覚検査結果等について、当該医療機関と市が共有し、赤ちゃんとお母さんのすこやかな成長と子育て支援のために使用することに同意します。

_____年 _____月 _____日 _____署名_____

添付書類

- (1) 母子健康手帳
- (2) 当該新生児聴覚検査の領収書
- (3) 新生児聴覚検査受診票 (結果を記入したもの)