

様式第2号（第11条関係）

年 月 日

甲斐市長 様

申請者 住 所 甲斐市篠原△□

氏 名 甲斐 花子

電話番号 〇〇〇―□△〇〇

保護者の名前

甲斐市新生児聴覚検査費助成金支給申請書

甲斐市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第11条第1項の規定により、次のとおり助成金の支給を申請します。

母子健康手帳交付番号		母子健康手帳の表紙に記載してある番号		
新 生 児 氏 名		甲斐 太郎		
新 生 児 生 年 月 日		〇年 〇月 〇日生		
検 査 医 療 機 関 名		〇〇〇病院		
検 査 日 等	検査年月日	自己負担額	助成金	
	〇 年 △ 月 □ 日	円	円	
検 査 方 法 (実施した検査方法の番号に○をつけてください。)	① 自動ＡＢＲ 2 〇ＡＥ			
助 成 金 支 給 申 請 額		円		
振込先	金融機関名	〇〇〇〇	本支店名	〇〇〇
	種 別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇
	(フリガナ) 口座名義人	カイ ハナコ 甲斐 花子		

※太枠内は、この用紙を受付窓口に提出する際、職員に確認の上、記入してください。

- (添付書類)
- 1 母子健康手帳の写し
 - 2 新生児聴覚検査受診票
 - 3 新生児聴覚検査を受けた医療機関が発行した領収書の写し