

様式第 3 号（第 8 条関係）

氷見市新生児等聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

氷見市長 あて

氷見市新生児等聴覚検査費用助成事業実施要項第 8 条第 3 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、新生児等聴覚検査費用助成金の交付に必要な事項として、市が住民基本台帳を確認することに同意します。

1 申請者（申請者記入）

申請者氏名 (保護者)		児との 続柄		電話 番号	
申請者住所	〒 氷見市				
対象児氏名		生年月日		検査料	円
対象児氏名 ※多胎児の場合記入		生年月日		検査料	円
対象児住所	※申請者と児の登録住所が異なる場合のみご記入ください。 〒				

2 請求額 \_\_\_\_\_ 円

※ 検査費用は 1 人あたり 5,000 円を上限とし、多胎児の場合は合計額をご請求ください。

3 振込先

金融 機関	銀行 信用金庫 農協	店	口座種別	普通・当座
			口座番号	
口座 名義人	フリガナ			

(添付書類)

- 1 聴覚検査に係る領収書および領収明細書の原本
- 2 氷見市新生児等聴覚検査受診票（様式第 1 号）※結果記載済
- 3 その他市長が必要と認める書類