

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）

フリガナ		生年月日	年 月 日		
新生児等氏名 （対象児）					
住所	〒935- 氷見市				
フリガナ		児との 続柄	電話	電話	
申請者氏名 （保護者）					
申請者の住所 ※児と異なる場合 に記載	〒 —				

2 請求額 円

※ 検査費用は 5,000 円を上限とし、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