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 |  |
| 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　　　　　店農協 | 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