

別記様式第1号（第7条関係）

年 月 日

関市長 様

関市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

関市新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、関市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、関係書類を添付して申請します。

申請者	氏名 <small>（自署もしくは記名・押印）</small>			
	住所			
	電話番号	（ ） —		
被検査児 <small>（検査新生児）</small>	氏名		申請者との続柄	
	生年月日	年 月 日		
	医療機関名及び所在地		検査方法	AABR OAE
助成額	円（上限3,700円）			
関係書類	(1) 関市新生児聴覚検査費助成金交付請求書（別記様式第2号） (2) 検査に要する費用を支払ったことが分かる書類 (3) 母子健康手帳 (4) 福祉医療費受給者証（乳幼児等） (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類			

別記様式第2号（第7条関係）

年 月 日

関市長 様

申請者 住所

氏名

（自署もしくは記名・押印）

電話番号

関市新生児聴覚検査費助成金交付請求書

関市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条の規定により、関市新生児聴覚検査費助成金の交付を請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先

金融機関名	銀行 金庫 組合 農協		本店 支店 出張所
預貯金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

別記様式第1号（第7条関係）

書類を提出する日を記入してください

〇〇年 〇月 〇日

関市長 様

関市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

関市新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、関市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条第1項の

申請は保護者名義でしてください

自署もしくは記名・押印してください

申請者	氏名 <small>（自署もしくは記名・押印）</small>	日ノ出 太郎		
	住所	関市〇〇町〇丁目〇番地		
	電話番号	（ 〇〇〇〇 ） 〇〇-〇〇〇〇		
被検査児 <small>（検査新生児）</small>	氏名	日ノ出 花子	申請者との続柄	子
	生年月日	平成〇〇年 〇月 〇日		
	医療機関名及び所在地	〇〇〇〇クリニック	検査方法	AABR OAE
助成額	円（上限3,700円）			
関係書類	(1) 関市新生児聴覚検査費助成金交付請求書 (2) 検査に要する費用を支払ったことが分かる書類 (3) 母子健康手帳 (4) 福祉医療費受給者証（乳幼児等） (5) 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類			

検査方法が分かれば、該当の検査方法に〇をご記入下さい。

別記様式第2号（第7条関係）

日付は記入しないでください

年 月 日

関市長 様

申請者の住所、氏名、電話番号

自署もしくは記名・押印してください

申請者 住所 関市〇〇町〇丁目〇番

氏名 日ノ出 太郎

(自署もしくは記名・押印)

電話番号 〇〇—〇〇〇〇

関市新生児聴覚検査費助成金交付請求書

関市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条の規定により、関市新生児聴覚検査費助成金の交付を請求します。

記

1 請求金額 金 円

2 振込先

どれかに〇をご記入ください

金融機関名	銀行		本店
	金庫		支店
	組合		出張所
	農協		
	〇 〇 〇		
預貯金種別	普通・当座	口座番号	〇〇〇〇
フリガナ	ヒノデ タロウ		
口座名義人	日ノ出 太郎		

ゆうちょの場合は記号番号も記入してください

口座名義人は、申請者と同じ氏名をお書き下さい