様式第３号（第10条関係）

年　　月　　日

小矢部市新生児等聴覚検査費助成事業申請書

(宛先)小矢部市長

申請者　住所

　　　　氏名

　　　　電話

　　　　続柄

　小矢部市新生児等聴覚検査費助成事業実施要綱第10条の規定により、新生児等聴覚検査費用の助成について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | | （男・女） | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 受診者住所  電話番号 | | □申請者と同じ | | | | | |
| 小矢部市  電話　　　　（　　　　） | | | | | |
| 保護者氏名 | |  | | | | | |
| 交付申請額 | | 円　（※上限5,000円） | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 銀行・信金・農協・その他（　　　　） | | | |
| 支店名 | | 本店・支店 | | 普通・当座・（　　　　） | |
| 口座番号 | |  | | | |
| フリガナ | |  | | | |
| 口座名義人 | |  | | | |

添付書類

□小矢部市新生児等聴覚検査受診票又は母子健康手帳の写し

□検査費用の領収書の写し

□その他市長が必要と認める書類