

国立市長 殿

国立市里帰り出産等新生児聴覚検査受診費用助成金交付申請書兼口座振込依頼書

国立市里帰り出産等新生児聴覚検査受診費用助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。なお、この申請に係る審査に際し、住民基本台帳の記録を公簿により確認し、及び医療機関に受診内容を確認することに同意します。

記

氏 名		生 年 月 日
ふりがな		年 月 日
申請者		
受診者との続柄		
ふりがな		年 月 日
受診者		
申請者住所	国立市	電話 ()
申請者住所 (国立市から転出した場合)		電話 ()

検査方法（自動聴性脳幹反応検査（自動A BR）又は耳音響放射検査（OAE））	検査年月日	検査医療機関の名称及び所在地	自己負担額

助成金については、下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	店番号	口座番号							
銀行	預金種類	普通・当座							
信用金庫	フリガナ								
組合	口座名義								

※申請者以外の名義の口座へ振込みを希望する場合には、下欄にご記入ください。

私は、国立市里帰り出産等新生児聴覚検査受診費用助成金の受領を上記口座名義人に委任します。

年 月 日

申請者 _____ 印

※署名の場合は、押印不要です。

提出必要書類

- 申請書（この書類です）
- 母子健康手帳の表紙及び新生児聴覚検査受診記録の写し
- 受診した医療機関の領収書の写し
- 未使用の受診票