

様式第3号（第10条関係）

射水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

射水市長 あて

射水市新生児等聴覚検査費用助成金交付要綱第10条第1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 新生児等氏名 (対象児)		生年月日	年	月	日
住 所	〒 ー				
フリガナ 申請者氏名 (保護者)		児との 続柄		電話	
申請者の住所 ※児と異なる場 合に記載	〒 ー 射水市				

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 名				支 店 名				預 金 種 別	
								普通・当座	
銀行コード				支店コード					
口 座 番 号				口 座 名 義				※カタカナで記入	

(添付書類)

① 検査の領収書・明細書

③ 新生児等聴覚検査受診票

② 通帳のコピー

(口座番号が記載されているページ)