

様式第1号（第6条関係）

駒ヶ根市新生児聴覚検査費用補助金申請書（兼実績報告書兼請求書）

年 月 日

（申請先）駒ヶ根市長  
（子ども課）

申請者 住 所  
（保護者） 氏 名 印  
電話番号

次のとおり関係書類を添えて申請します。

フリガナ					
対象児氏名					
出生年月日	年 月 日	聴覚検査 受診年月日	年 月 日		
			年 月 日		
検査医療機関等		(名称)  (所在地)			
交付申請額 (請求額)		円 (聴覚検査費用と上限5,000円/回を比較して少ない方の額)			
振込 口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店 支店 支所	
	口座種別	普通・当座			
	口座番号	(ゆうちょ銀行以外)	ゆうちょ 銀行	通帳番号	通帳記号 —
	フリガナ				
	口座名義人				

（添付文書）

- 医療機関等が発行した新生児聴覚検査に関する領収書及び明細書の写し
- 聴覚検査の結果票又は結果が記録されている母子健康手帳の写し
- 受検票

※市処理欄

児宛名番号	住民票	口座登録	交付決定