

（宛先）桑名市長

桑名市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付申請書

桑名市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業の助成金の交付を受けたいので、桑名市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業要綱第7条第2項の規定により、次のとおり申請します。

申請者（保護者）	住所										
	氏名	（続柄）									
	生年月日	年			月			日			
	電話番号										
検査を受けた児	住所	※申請者と同じ場合は不要									
	氏名				生年月日	R	年			月 日	
検査実施日											
検査を実施した医療機関名											
助成金申請額		円									
振込先	銀行 農協 信金 金庫	本店 支店 出張所	預金種別	口座番号							
			1 普通 2 当座								
	フリガナ										
	口座名義人										

※ 申請者と口座名義人が異なる場合（ご家族等、生計を一にする方のみ委任可能です。）は、下の委任欄に申請者の署名または押印が必要です。

私は、上記の口座名義人に桑名市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業の助成金の受領に関わる一切の権限を委任します。

申請者氏名

添付書類

- 1 桑名市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成券
- 2 聴覚検査に係る領収書その他費用の確認できる書類
- 3 母子健康手帳の新生児聴覚検査結果の記載されているページの写し又は聴覚検査の結果がわかるもの

↓以下の処理欄は記入しないでください。

【市 処理欄】	【重要】・振込口座が旧姓の場合、身分証明書のコピーを添付 ・住基確認（住所・名前）		受付印
	金額	助成決定額	
上限額	3,000円	円	
領収書金額	円		
助成額	円		
			担当（ ）