

（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5条の規定により、次のとおり申請します。

申請者(保護者)	住所			
	氏名	印 (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	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		
世帯状況		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

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、下欄の委任状に申請者の記名・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

印

同意書

私は、この申請に当たり、私及び世帯を同一にする者の住民基本台帳、所得、課税状況等の個人情報を桑名市が調査することに同意します。

年 月 日

氏名 印
世帯を同一にする者
氏名 印
氏名 印
氏名 印

添付書類

- 1 聴覚検査に係る領収書の原本
- 2 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