

様式第1号(第5条関係)

美濃加茂市新生児聴覚検査費用助成申請書

平成 年 月 日

美濃加茂市長 あて

申請者 住所 美濃加茂市
氏名
対象者との続柄
電話番号

印

関係書類を添えて下記のとおり美濃加茂市新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

なお、必要に応じて、市が医療機関に対し検査内容等を照会することについて同意します。

記

対象者の住所・氏名及び生年月日	住所 美濃加茂市			
	氏名			
	生年月日	平成	年	月 日
検査年月日	平成 年 月 日			
申請額	金 _____ 円 検査に直接要した費用。ただし、3,000円を超える場合は3,000円を上限とする。			
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所		
	普通 当座	ふりがな ----- 口座名義人		
	口座番号			
申請受理年月日	平成 年 月 日	受理者名		

注)太枠の中をご記入ください。

[添付書類] 新生児聴覚検査結果票及び領収書

[持参書類] 母子健康手帳