

様式第1号（第5条関係）

小千谷市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

申請者 住 所
氏 名
電話番号

小千谷市新生児聴覚検査費助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

あわせて、申請内容の確認に当たり、市が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は、検査医療機関に対して照会することに同意します。

被検査者	住 所	<input type="checkbox"/> 同上 小千谷市									
	ふりがな										
	氏 名										
	生年月日	年			月			日			
	医療機関名										
	検 査 日	年			月			日			
	検 査 費 用	円									
助成申請額		円									
申請者の振込先	金 融 機 関 名	銀行・信用組合 金庫・農協								本店 支店	
	預 金 種 別	普通	当座	<input type="checkbox"/>	座 番 号						
	ふ り が な										
	口 座 名 義 人										
助成決定額		※この欄は記入しないでください。									
		円									

添付書類

- 新生児聴覚検査費用の支払いを証明する書類の写し
- 母子健康手帳（聴覚検査の結果が確認できるもの）の写し
- 振込口座の通帳の写し