

下野市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

下野市長 様

申請者※ 住所： _____

(保護者) 氏名： _____ 印

電話： _____ () _____

受診者との続柄： (_____)

※申請者は保護者となります。

新生児聴覚検査を下記のとおり受診しましたので、下野市新生児聴覚検査費助成金交付要綱に基づく助成金を交付されたく申請します。

フリガナ		生 年 月 日
受診者氏名		平成・令和 年 月 日
受診医療機関	名 称	
	所 在 地	
聴覚検査受診日	初回検査	平成・令和 年 月 日
	確認検査	平成・令和 年 月 日
交付申請額※	円（金額は記入しないでください）	
添付書類	<input type="checkbox"/> 検査結果が記載された新生児聴覚検査受診票 <input type="checkbox"/> 検査に係る領収書の原本（確認後、返戻します。）	

私は、次の者に助成金の受領に関する権限を委任します。

（申請者と振込先口座名義が異なる場合はしてください。）

振込先	金融機関名		支店名	
	口座種別	普通	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

※ 受診日から1年以内に申請してください。（1年経過したものは助成対象外となります）。

※ 交付申請額は、初回検査、確認検査の合計で5,000円を上限とする。