

様式第1号（第4条関係）

下野市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和 元年 5月30日

下野市長 様

申請者※ 住所： 下野市笹原 26 番地
(保護者) 氏名： 下野 華子 印
電話： 080 (8888) 8888
受診者との続柄： (母)

※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	シモツケ サクラ		生年月日
受診者氏名	下野 さくら		平成 令和 31年 4月 11日
受診医療機関	名称	〇〇レディースクリニック	
	所在地	東京都千代田区〇-〇	
受診日	初回検査	平成 令和 31年 4月 14日	
	確認検査	平成 令和 31年 4月 14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 checked="" type="checkbox"/> 検査結果が記載された新生児聴覚検査受診票 <input checked="" type="checkbox"/> 検査に係る領収書の原本（確認後、返戻します。）		

ご本人以外の方の振込先の場合には✓を入れてください。

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	下野銀行	支店名	本店
	口座種別	普通	口座番号	7777777
	フリガナ	シモツケ タロウ		
	口座名義	下野 太郎		

※ 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。