様式第１号（第８条関係）

石巻市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

　　　年　　月　　日

石巻市長　　（あて）

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　石巻市新生児聴覚検査事業実施要綱第８条の規定により、助成金の交付について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 年　　　月　　　日生　　　　　　　　　（ 男・女 ） |
| 乳児氏名 |  |
| ふりがな |  | 年　　　月　　　日生 |
| 申請者氏名 |  |
| 住　　　所 | 〒　　　－ |
| 検査を受けた医療機関名 |  | 検査実施日 | 年　　月　　日 |
| 医療機関住所 |  | 検査時年齢 | か月 |
| 申　請　額※８千円を限度とします。 | 円 | 領収書金額 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 本・支店名 |
|  |  |
| 預金種別 | 口座番号（右詰め） |
| 普通　・　当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義 |  |

　添付書類

　(1)　受診票（医療機関が必要事項を記載したもの）

　(2)　医療機関が発行した聴覚検査に係る領収書の写し

(3)　その他市長が必要と認める書類