

茅野市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 茅野市長

申請（請求）者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

茅野市新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（請求）
します。

1 申請（請求）者 _____

2 新生児氏名及び生年月日

氏 名 _____

生年月日 _____ 年 月 日生まれ

3 医療機関の名称及び住所

(1) 名 称 _____

(2) 住 所 _____

4 申請（請求）額 円

5 助成金振込先 _____

金融 機関 名	銀行	本店	預金種別	普通 ・ 当座
	金庫	支店	口座番号	
	組合 農協	本所 支所	フリガナ 口座名義人	
委任 状	茅野市新生児聴覚検査費用助成金の受領については、上記口座名義人に委任 します。 <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印</p>			

(添付書類)

- 1 新生児聴覚検査結果票の写し
- 2 母子健康手帳の写し
- 3 市が発行した未使用の新生児聴覚検査受検票
- 4 医療機関が発行した新生児聴覚検査料の支払領収書の写し