

# 記入例

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

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 \_\_\_\_\_

助成金額の上限は4,000円です。検査料が助成上限額に満たない場合は、その額をご記入ください。

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	本所	フリガナ	口座名義人
農協	支所			
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。			
		氏名		⑨

(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

請求書と口座名義人がちがう場合は、請求者名をご記入ください。同一の場合は、記入不要です。