

様式第1号（第6条関係）

安曇野市新生児聴覚検査契約外医療機関等受検費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（宛先） 安曇野市長

申請者（請求者） 住 所
氏 名 ⑩
新生児等との続柄
電 話

安曇野市新生児聴覚検査契約外医療機関等受検費用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

新生児等	検査時 住所			
	氏 名		生年 月日	年 月 日
検査年月日		年 月 日		
請求額		円		
上限額 5,500 円 ただし、検査費用が上限に満たない場合の助成金の額は、当該検査費用額とする。				

振込先

口座振替金融機関		口座番号	普通 当座						
金融 機 関 名	支店・支所	フリガナ							
		口座名義							
申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。 記 上記口座名義の者を代理人として、助成金の受領を委任します。 委任者（申請者） 住 所 氏 名 ⑩ 受託者（口座名義人）住 所 氏 名									

添付書類

- （1） 本市が発行する未使用の新生児聴覚検査受検票（補助券）
- （2） 新生児聴覚検査を受けた日が分かるものの写し
- （3） 医療機関等が発行した領収書（新生児聴覚検査に要した費用の支払が分かるもの）の写し