

様式第3号（第7条関係）

いなべ市新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書

年 月 日

いなべ市長 宛て

申請者 住所
 (保護者)氏名 ⑩
 電話 () -

いなべ市新生児聴覚スクリーニング検査費の助成金の交付を受けたいので、いなべ市新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第7条第2項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、対象者等の確認のため住民基本台帳を確認することに同意します。

被 検 査 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
検査医療機関名				
検査年月日				
申請額				
交付決定額 (※市記入欄)				
検査結果	右耳	異常なし・要再検	検査方法	A A B R A B R O A E
	左耳	異常なし・要再検		
振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	
	口座番号			

注 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

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委任者 住所
 (申請者) 氏名 ⑩
 受任者 住所
 (口座名義) 氏名 ⑩

(添付書類) 新生児聴覚検査に係る領収書の写し
 母子健康手帳の写し又は聴覚検査を受けたことが分かる書類