

様式第1号（第7条関係）

登米市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

あて先（登米市長）		申請年月日	令和〇年 〇月 〇日	
申請者	フリガナ			生年月日
	氏名	保護者氏名を記入してください。		平成〇年 〇月 〇日
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 登米市〇〇町〇〇〇 〇番地〇〇 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇		母子健康手帳番号 〇-〇〇〇
聴覚検査受診年月日・医療機関名				
検査実施日から6か月以内に申請する必要があります。	回数	受診年月日	助成金交付申請額	医療機関名
	1回	〇年 〇月 〇日	8,000円	〇〇病院
助成金の振込先	フリガナ	原則申請者の口座を記入してください。		金融機関名
	口座名義			支店名
	預金種別	普通・当座		〇〇銀行 〇〇〇支店
		口座番号		

助成上限額は8,000円です。検査費用が8,000円未満の場合は、その額を申請額として記入してください。

添付書類

- (1) 未使用の聴覚検査受診票（助成券）
- (2) 聴覚検査の受診状況が記載された母子健康手帳の写し
- (3) 医療機関が発行する領収書の写し

登米市処理欄

申請受理日		交付決定日	年 月 日 交付 ・ 不交付
受付番号		交付決定額	円