

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	年 月 日	
申請者	フリガナ			生年月日
	氏名			年 月 日
	住所	〒	母子健康手帳番号	
		電話番号	( )	
聴覚検査受診年月日・医療機関名				
回数	受診年月日	助成金交付申請額	医療機関名	
初回	年 月 日	円		
助成金の振込先	フリガナ		金融機関名	
	口座名義		支店名	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	

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