

新生児聴覚検査費助成交付申請書

年 月 日

魚沼市教育委員会 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

次のとおり新生児聴覚検査を受診したので、関係書類を添えて検査費助成の申請をします。あわせて、検査費の助成を受けるに当たり、魚沼市教育委員会が住民基本台帳を閲覧し、必要に応じて受診医療機関へ検査内容等について照会することに同意します。

※太枠内をご記入ください。

(フリガナ)										性 別	
子の氏名										男 ・ 女	
出生年月日		年		月		日					
受診医療機関											
聴覚検査受診日		年		月		日					
振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・農協 信組・信金								支店 支所	
	預金種別	普 通 座	口 座 番 号								
	(フリガナ) 口座名義人										

※振込先口座は申請者本人の口座に限る。

添付書類：

- 医療機関発行の聴覚検査に要した費用の領収書及び診療明細書又は支払済証明書又はこれに類する書類
- 当該聴覚検査の記録が記載された母子健康手帳のページの写し又はこれに類する書類
- 振込先口座(申請者名義に限る。)の確認できる書類(通帳の1ページ目の金融機関名・支店名・口座番号・名義人名がわかるページ又はキャッシュカード)の写し

(受 付 印)