

様式第 3 号（第 8 条関係）

魚津市新生児等聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

魚津市長 あて

魚津市新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱第 8 条第 3 項の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

なお、新生児等聴覚検査費用助成金の交付に必要な事項として、市が住民基本台帳を確認することに同意します。

1 申請者（申請者記入）

フリガナ		生年月日	年	月	日
新生児等氏名 (対象児)					
住 所	〒 937- 魚津市				
フリガナ		児との		電話	
申請者氏名 (保護者)	印	続柄			
申請者の住所 ※児と異なる場 合に記載	〒 ー				

2 請 求 額 _____ 円

※ 検査費用は 5,000 円を上限とし、請求してください。

3 振込先

金 融 機 関	銀 行 信用金庫 農 協	店	口 座 別	普通 ・ 当座
			口 座 号	
口 座 名 義 人	フリガナ			

(添付書類)

- (1) 聴覚検査に係る領収書
- (2) 新生児等聴覚検査受診票
- (3) その他市長が必要と認める書類