

～記入箇所～
赤字記入

様式第1号(第7条関係)

能美市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成申請書

能美市長 宛て

私は、能美市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の支給を受けたいので、検査費助成の確認に必要な住民情報の記録を調査すること及び検査実施機関に問い合わせることに同意し、次のとおり助成を申請します。

以下の太枠内をご記入ください。

申請日	●● 年 ●● 月 ●● 日		
申請者	住所	能美市 寺井町ぬ 48 番地	
	氏名	能美 花子	乳児との関係 (母)
	電話番号	090 — 0000 — 1111	

乳児氏名	能美 次郎 (●● 年 ●● 月 ▲▲ 日生)		
検査年月日	検査実施機関		
▲▲ 年 ▲▲ 月 ▲▲ 日	●●●●クリニック		
(多胎) ▲▲ 年 ▲▲ 月 ▲▲ 日	●●●●クリニック		

助成金は、次の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名	●▲ 銀行 本店 信用金庫 ■■ 支店 農業協同組合 支所	種類
	口座番号 (左詰)	0 1 2 3 4 5 6	1. 普通 (総合) 2. 当座
	フリガナ	ノミ タロウ	
	口座名義人	能美 太郎	

※振込先の口座名義人欄に申請者以外の方を記入する場合は、下記の委任状に住所・氏名をご記入ください。

委任状			
私は、能美市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の受領を、			
(住所)	能美市寺井町ぬ 48 番地		
(氏名)	能美 太郎		に委任します。
●● 年 ●● 月 ●● 日	申請者 氏名	能美 花子	

備考 1、添付書類

- ①母子健康手帳の写し(受診日)
- ②母子保健のしおりの新生児聴
- ③領収書・医療費明細書の原本(検査実施日及び検査費のわかるもの)
- ④通帳又はキャッシュカードの写し(口座番号の確認できる部分)

2、検査実施月の翌月から数えて1年以内に申請してください。それを過ぎると助成を受けることができません。

「申請者」と「口座名義」が違う場合、記入してください。
(例：申請者が妊婦で、振込口座名義が夫など他の家族の場合)