

荒尾市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

荒尾市長 様

年 月 日

荒尾市新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。
また、下記記載内容の確認のため、荒尾市が住民基本台帳を閲覧することに同意します。

《申請者》

氏名

住所

電話番号

— —

フリガナ			
聴覚検査を受けた新生児の氏名		生年月日	年 月 日
聴覚検査を受けた医療機関			
医療機関名 所在地			
検査日	年 月 日	検査費用 (保険適用外)	円

助成金振込先金融機関口座（申請者の口座）

銀行名	銀行	本 ・ 支店
口座番号		普通 ・ 当座
フリガナ		
口座名義人		

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に申請者の署名又は記名押印が必要です。

上記口座名義人に荒尾市新生児聴覚検査費助成金の受取を委任します。 年 月 日 申請者氏名

添付書類：振込先金融機関口座が確認できるもの（通帳、キャッシュカード等）、聴覚検査費用が明記された領収書、母子健康手帳及び申請者の本人確認書類（個人番号カード、運転免許証等）

※ 申請は、新生児聴覚検査を受けた日の翌日から起算して1年以内です。聴覚検査について、他の補助事業による補助を受けようとする新生児の保護者又は既に他の補助事業による補助を受けている新生児の保護者は、助成の対象となりません。

助成決定書（荒尾市記入欄）

検査費用	助成額	決定助成額
円	円	円