

山口市新生児聴覚検査費用助成申請書

山口市長

次の検査場所において、新生児聴覚検査を受検し費用の負担をいたしましたので、山口市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第5条の規定により、要した費用の領収書及び聴覚検査受診票または母子健康手帳に記載された聴覚検査の記録の写しを添えて助成金の交付の申請をします。

この申請内容に関し、市において、住民基本台帳等の閲覧及び医療機関等へ受診等の確認をすることに同意します。

申 請 日	年	月	日
-------	---	---	---

※太枠内を御記入ください。

申 請 者 (新生児聴覚検査を受けた児の保護者)			
住 所	〒	—	電話番号 ( )
(ふりがな)	( )		
氏 名	(※)		
(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。			
子の氏名		生年月日	年 月 日

検査機関	名 称		電話番号	
	所 在 地			

検 査 日	支 払 金 額	検 査 費 用 相 当 額	山 口 市 助 成 上 限 額	助 成 額
年 月 日				
合 計				

※助成額の決定方法 … 検査費用相当額と山口市助成上限額を比べて少ない方の額を助成額とします。

振 込 先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 店 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 出張所							
	預金種別	普通は1を、 当座は2を記入 ( )	口座番号 (右詰記入)						
	(ふりがな) 口座名義人	( 氏 )		( 名 )					