

美濃加茂市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

令和 ○ 年 △ 月 □ 日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住 所 美濃加茂市太田町3431-1

氏 名 美濃加茂 太郎

対象者との続柄 父

電話番号 0574-25-2111

携帯電話でもOK

美濃加茂市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第7条の規定により助成金の交付を申請及び請求します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときには、住民情報等の公簿等の確認や医療機関に確認を行うことに同意します。

検査を受けた者の氏名及び生年月日	氏 名	美濃加茂 一郎 ※誕生したお子さんの氏名	
	生年月日	令和 ○ 年 △ 月 □ 日	
検 査 年 月 日	令和 ○ 年 △ 月 ☆ 日		
助 成 額	金 3,000 円		
添付書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 または 聴覚検査を <input type="checkbox"/> 聴覚検査費用に係る領収書（原本） ※検査内容が不明の時は、診療明細		
振込先	金融機関名	めぐみの農業協同	
	支店名	銀行・組合・金庫	太 田 本店・支店
	預金種別	普通	口座番号 1234567
	フリガナ	みのかも たろう	
口座名義人（申請者）	美濃加茂 太郎		

□にし印をつける

訂正不可！

領収書等で確認し対象額を記入
※上限3,000円

申請者の口座名義

※7ケタで記入

※□印欄は、該当するものにレ印をつけてください。

申請要件 確認事項	1. 申請者の住民登録が、検査日において美濃加茂市にある	ある ・ なし
	2. 検査日の翌日から起算して6箇月以内の申請である	はい ・ いいえ
	3. 当該検査について他の助成を受けていない	はい ・ いいえ

【市記入欄】

申請受理年月日	年 月 日	受理者名
---------	-------	------

各項目、どちらかを○で囲む