

年 月 日

尾花沢市長 殿

申請者 住所

保護者 氏名

㊞

尾花沢市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

尾花沢市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。なお、助成決定にあたり、私の世帯に係る住民記録を健康増進課長が閲覧することに同意します。

| | | | | | | | | |
|---------------------|---------------|----------------|--------|---------------|--|------|--|--|
| フリガナ 新生児の 氏 名 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | |
| 検査実施日 | 初回検査 年 月 日 | | | 確認検査 年 月 日 | | | | |
| 検査実施 医療機関名 | | | | | | | | |
| 検査費用 | 初回検査 円 | | | 確認検査 円 | | | | |
| 申 請 金 額 | | | 円 | | | | | |
| 助成金振込先 | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | 預金種目 | 口座名義人 | | | 口座番号 | | |
| 銀行 金庫 組合 | 店 | 1. 普通 2. 当座 | (フリガナ) | | | | | |