

第2号様式（第6条様式）

四日市市新生児聴覚スクリーニング検査費用補助金
交付申請書兼請求書

年 月 日

四日市市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

四日市市新生児聴覚スクリーニング検査費用補助金交付要綱第6条の規定により申請し、下記のとおり実績について報告します。
この申請に関し、住所要件、検査状況等の必要事項を調査することを承諾します。
また、補助金の交付決定後はその決定額を下記のとおり請求します。

記

(フリガナ) 申請者氏名	()	生年 月日	年 月 日
(フリガナ) 赤ちゃんの名前	()	生年 月日	年 月 日
検査を受けた医療機関 等の名称			
検査費用として医療機 関に支払った額	円	交付を受けようと する補助金 申請額	円
補助金交付決定額（四日市市記入欄）		円	

検査に要した費用に係る補助金を下記の振込先に入金願います。なお、その振込をもって助成事業が承認、通知されたものと了承いたします。

口座振込先					
	銀 行 信用金庫 農 協	支 店 出張所	預金 種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座
口 座 番 号		口 座 名 義 (フリガナ)			
ゆうちょ銀行	店	記 号		番 号	
		口 座 名 義 (フリガナ)			

※ 必ず申請者名義の口座を記入してください。（名義が異なる場合は、委任状が必要です）

〈添付書類〉

1. 四日市市新生児聴覚スクリーニング検査費用補助金交付申請書兼補助券
2. 検査費用に係る領収書の原本（コピー不可）
3. 母子健康手帳の新生児聴覚検査の結果が記載されているページのコピー又は、聴覚検査の結果がわかるもの