

三浦市新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

年 月 日

三浦市長

申請者 住所
氏名 (※)
電話番号

(※) 申請者本人が手書きしない場合は、記名捺印してください。

新生児聴覚検査費用の助成を受けたいので、三浦市新生児聴覚検査費用の助成に関する要綱第9条第2項の規定により、次のとおり申請し、助成金を請求します。また、助成の決定に関し、市が必要な調査をすることを承諾します。

※※※※※※

対象者	ふりがな			母子健康手帳No.
	氏名	生年月日 年 月 日		
	住所			
申請理由	該当するものをレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 神奈川県産科婦人科医会に加入していない医療機関等で聴覚検査を受けたため <input type="checkbox"/> 聴覚検査費用が、補助券に記載の金額未満であったため <input type="checkbox"/> その他 ()			
検査の種類	いずれかにレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> AABR・ABR (助成上限額 3,000円) <input type="checkbox"/> OAE (助成上限額 1,500円)			
実施日	年 月 日	費用	円	
助成申請額				円
金融機関名	本・支店名	口座種類	口座番号	
	本・支店	1 普通		
	店番号	2 当座		
		3 その他		
(フリガナ) 口座名義				