

見附市新生児聴覚検査費助成金申請書

年 月 日

（宛先）見附市長

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号

下記のとおり新生児聴覚検査を受けましたので、検査費用の助成を申請します。  
申請内容の確認に当たり、見附市が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は検査医療機関に問い合わせることに同意します。

被検査者	住 所	□同上 見附市		
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日
検査状況	医療機関名			
	検査日	年	月	日
	検査費用	円		
申請者の振込先	金融機関名	銀行・組合・金庫・農協		店・支店
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

助成決定額	※この欄は記入しないでください。 円
-------	-----------------------

添付書類

- 母子健康手帳（聴覚検査の結果が確認できるもの）の写し
- 医療機関発行の聴覚検査に要した費用の領収書（検査にかかった費用が確認できるもの）
- 振込口座の通帳の写し