

上野原市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

(償還払受診用)

フリガナ 新生児氏名		生年月日	年 月 日
母子健康 手帳NO.		保護者氏名	
住 所	上野原市 TEL		
検 査 日	年 月 日	検 査 結 果	異常なし 要再検 その他()
検 査 医 療 機 関			
上野原市新生児聴覚検査費の助成金を申請します。 なお、上野原市が交付の決定に関し、必要に応じて私の個人情報を読覧し確認することを承諾します。 また、助成の適正を判断するために必要な場合は、医療機関等に検査結果等の内容を照会することに同意します。 年 月 日 上 野 原 市 長 宛 申請者 住 所 氏 名 ⑩			
金 額	☐ 3,000円(助成限度額) ☐ 助成限度額に満たない場合_____円		
口座振替依頼欄			
振込先金融機関名		支店名	
振 込 口 座	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		
(注) 1 新生児聴覚検査費助成金の限度額は、1回につき3,000円です。 なお、限度額に満たない場合は、その額とします。 2 この助成金申請書は、本人以外使用できません。 3 申請書提出時には、母子健康手帳を必ず持参してください。 4 申請期限は、検査後1年以内ですので注意してください。			