

記入例

日付の記入は不要です

年 月 日

甲府市新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書(償還払い)

甲府市長 殿

申請者 住所 甲府市相生〇一△一□
(保護者) 氏名 甲府 次郎
電話 ×××一××××

印

朱肉を必要とする印
シャチハタは不可

新生児聴覚検査費用の助成について、次のとおり申請します。
なお、助成金については、次の口座に振り込んでください。

保護者氏名 父 甲府 次郎 (S62年7月21日生) 母 甲府 花子 (H2年10月6日生)	ふりがな 新生児氏名 (お子様の名前が決まっている方) こうふ はじめ 甲府 一 (H29年4月1日生)
現住所 (検査日当日の住所) 甲府市 相生〇一△一□	
医療機関名 △△△病院	請求金額 金額の記入は不要です 円

指定 口座	金融機関名	金融機関番号	支店名	支店番号
	〇〇〇 銀行 金庫 組合 農協	1 2 3 4	△△△ 支店	5 6 7
預金種目	口座番号	口座名義 (カタカナで記入してください)		
1 普通 2 当座	0123456	コウフ ジ ロウ		

申請者(保護者)と同じ氏名を記入してください。

【事務処理欄】

添付書類:

- 住所
- 検査
- 検査
- 検査
- 医療
- 交付済

申請者欄(住所・氏名・電話 印)及び太枠内に記入・押印のうえ
次の書類を添付してください。ただし、申請日及び請求金額の記入は不要です。

- ・新生児聴覚検査の費用が明記された**領収書又は診療明細書の写し**
- ・**母子健康手帳**(又は、母子健康手帳の保護者氏名及び新生児聴覚検査結果が記載されているページの写し)
- ・転出者等の場合は、検査実施日に本市に住所を有したことが確認できるもの