

向日市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 向日市長

(ふりがな) ()

申請者(請求者)氏名

住 所 向日市 町

電話番号

対象新生児との続柄 ()

向日市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第9条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請(請求)します。

なお、審査のために住民基本台帳を、市が確認することについて同意します。

記

交付申請額 (請求金額)	円		
(ふりがな) 対象新生児氏名	()	生年月日	年 月 日生
対象新生児住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

- 添付書類 母子健康手帳の新生児聴覚検査結果記載欄のコピー
 領収書(原本)
 向日市新生児聴覚検査同意書兼受診券(検査日、医療機関名、検査結果が記載されたもの)

次の口座に振り込みください。(申請者名義の口座に限る。)

金融機関名 (ゆうちょ銀行を除く。)	支店名	分類	口座番号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義
1.銀行 5.農協 2.金庫 6.漁協 3.信組 7.信漁連 4.信連	本・支店 本・支所 出張所 支店コード	1 普通 2 当座		
ゆうちょ銀行	通帳記号 (6桁目がある場合は、※欄にご記入ください。)		通帳番号 (右詰めでお書きください。)	(フリガナ) 口座名義
ゆうちょ銀行を選択された場合は、貯金通帳の見開き 左上又はキャッシュカードに記載された記号・番号を お書きください。	1	※ 0		