

様式第1号（第5条関係）

1か月児健康診査・新生児聴覚検査助成金交付申請書

年 月 日

瑞浪市長 様

〒

申請者 住所
(保護者)

氏名

TEL

対象児名	
------	--

1か月児健康診査・新生児聴覚検査助成金の交付を受けたいので、瑞浪市1か月児健康診査・新生児聴覚検査助成金交付規則第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

記

1. 交付申請額 _____ 円

2. 健診・検査の内容

健診・検査	医療機関名	健診・検査の受診日	健診・検査費用支払額
1か月児健康診査		年 月 日	円
新生児聴覚検査		年 月 日	円

3. 振込先

金融機関名			
店名 (ゆうちょ銀行の場合は記入不要)	店	種別	普通・当座
口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は記号番号)			
名義人(保護者)	(フリガナ).....		

※申請者と名義人は同じ人にしてください。

4. 添付書類 健診・検査に係る領収証明書又は領収書

5. 新生児聴覚検査の結果 Pass ・ Refer