

## 岐阜市新生児聴覚検査県外等受診者費用助成申請書

(あて先) 岐阜市長

申請日 年 月 日

〒 -

申請者 住所 (住民登録のある)

氏名

電話

関係書類を添えて、下記のとおり費用の助成を申請します。  
 交付が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。口座名義人が申請者と異なるときは、口座名義人に助成金の受領を委任します。  
 なお、本申請に係る岐阜市の住民であることの確認のため、住民登録資料の閲覧について承諾します。  
 ※転出後に岐阜市居住時に受けた新生児聴覚検査について申請する場合、岐阜市居住時の住所も記入してください。

岐阜市
-----

	母 親 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ	受検者氏名 (対象児)
フリガナ		
氏 名		
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
生年月日	年 月 日	年 月 日

検 査 日	助 成 額
年 月 日	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円

振込先金融機関名	口座名義人	種別	口座番号(7桁)
銀行 本店	フリガナ	普通 当座	
金庫 支店(支所)			
農協 出張所	口座名義人と申請者が異なる場合、申請者からみた続柄		

<添付書類>

- 1 新生児聴覚検査受診票
- 2 新生児聴覚検査の実施に係る領収書