

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 令和 年 月 日

〒 -

申請者 住所 岐阜市

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。
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。

	母 親 ☐ 申請者と同じ	受検者氏名（対象児）
フリガナ		
氏 名		
住 所	☐ 申請者と同じ	☐ 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	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									

- <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