

### 岐阜市新生児聴覚検査県外等受診者費用助成申請書

年 月 日

(あて先) 岐 阜 市 長

〒

申請者 住所

氏名

印

電話

関係書類を添えて、下記のとおり新生児聴覚検査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 <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		円

振込先金融機関名	口座名義人	種別	口座番号
銀行 本店	フリガナ	普通	
金庫 支店(支所)		当座	
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