

令和 年 月 日

人吉市長 様

申請者住所：人吉市
申請者氏名： 印
受診者との続柄：
電話番号：

人吉市新生児聴覚検査助成金申請書兼請求書

新生児聴覚検査における助成金について、人吉市新生児聴覚検査事業実施要項第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。
なお、助成金については、下記の口座に振り込んでください。

申請	受診者	フリガナ					生年月日			
		氏名					令和 年 月 日			
		住所	〒868- 人吉市							
	検査内容	検査区分	検査日	検査費用	助成上限額	選定額				
		初回検査		円	円	円				
		確認検査		円	円	円				
	申請額（選定額の計）		円							

助成金の振込先

振込 口座	金融機関名	銀行・農協 信用金庫 信用組合				本店 支店・支所 出張所							
	口座種別	普通・当座		口座番号									
	ゆうちょ銀行 記号－番号					—							
	フリガナ												
	口座名義人												

- 【関係書類】 ☐ 検査日及び検査結果を確認できるもの（親子(母子)手帳の写し等）
☐ 領収書及び診療明細書の写し（種別の費用及び検査日のわかるもの）
☐ 振込先金融機関の通帳の写し
☐ その他必要な書類
- ※選定額は、検査費用又は4, 000円のどちらか少ない額となります。