

印

人吉市長 松岡 隼人 様

申請者(保護者)が記入。 申請者と口座名義人は同じ。 申請者住所:人吉市西間下町7-1

申請者氏名: 人吉 花江

受診者との続柄:母

電話番号:090-1234-5678

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。

	1	フリガナ	ヒトヨシ	ハナコ	生年月日							
	受 診 者	氏 名	人吉	花子			令和	<b>7</b> 年	5月	20	∃	
		<b>企</b>	〒868−0072									
申		住 所	人吉市西間	下町7-1								
,	検査内容		検査区分	検 査	目	検 査	費用	助成。	上限額	選	定	額
請			初回検査	R7. 5. 22		6	, 500 円	円 <u>円 </u> 空欄のままで 0K!				
			確認検査	R7. 5. 25		6	6, 500 円 円			·••	H	
	申請額(選定額の計)			<b>空欄のままで 0K!</b> 円								

## 助成金の振込先

7017/12 - 320021										
	金融機関名	肥後	銀行・農協信用金庫信用組合		本 支店· 支所 出 張 所					
振込口座	口座種別	普通・ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
	フリガナ	ヒトヨシ	ハナエ							
	口座名義人	人吉	花江							

- 【 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)

※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。

【 市記入欄 】	☑ 生年月日が令和7年4月1日以降					
	☑ 検査日時点で市住民であるか(対象児・	保護	者) (	☑該当	口非該当	)
	☑ 他市町村の助成を受けていない					
	☑ 申請期限 ※検査日から6か月以内	(	☑該当	口非該当	)	