

記入例

記入しないで！

令和 年 月 日

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

人吉 印

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。

申請	受診者	フリガナ	ヒトヨシ ハナコ			生年月日		
		氏名	人吉 花子			令和 7 年 5 月 20 日		
		住所	〒868-0072 人吉市西間下町 7-1					
	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	R7.5.22	6,500 円	円	円		
		確認検査	R7.5.25	6,500 円	円	円		
	申請額（選定額の計）		空欄のままで OK! 円					

助成金の振込先

振込 口座	金融機関名	肥後			銀行・農協 信用金庫 信用組合			人吉 本 支店・支所 出張所						
	口座種別	普通・当座			口座番号			1	2	3	4	5	6	7
	ゆうちょ銀行 記号一番号						—							
	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 ☐ 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 ☐ 非該当 ）