令和　　年　　月　　日

人吉市長　松岡　隼人　　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。

<table>
<tr><td rowspan="6">申請</td><td rowspan="3">受診者</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="7">〒868-
人吉市</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">検査内容</td><td>検査区分</td><td>検　査　日</td><td>検査費用</td><td>助成上限額</td><td>選　定　額</td></tr>
<tr><td>初回検査</td><td></td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
<tr><td>確認検査</td><td></td><td>円</td><td>円</td><td>円</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請額（選定額の計）</td><td colspan="5">円</td></tr>
</table>

助成金の振込先

<table>
<tr><td rowspan="4">振込口座</td><td>金融機関名</td><td colspan="2">銀行・農協
信用金庫
信用組合</td><td colspan="7">本　　店
支店・支所
出　張　所</td></tr>
<tr><td>口座種別</td><td>普通　・　当座</td><td>口座番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="10"></td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="10"></td></tr>
</table>

【 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　）