

武雄市長 様

武雄市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付申請書

武雄市新生児聴覚スクリーニング検査費用の助成を受けたいので、武雄市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、武雄市長が市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報（住民基本台帳情報、税情報）を利用することに同意します。

記

申請者	住 所			
	氏 名	⑩（続柄）		
	生年月日			
	電話番号			
検査を受けた児	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
検査実施日				
検査を実施した医療機関名				
補助金申請額 （当該検査費用）		円	助成金額（記入しないでください） 円	
世帯の課税状況		<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者世帯		

助成金は下記の口座に振り込んでください。

振込先		口座番号		口座名義人（フリガナ）
銀行 信用金庫 農協	支店 支所	普通 ・ 当座		()
ゆうちょ銀行	店	記号 番号		()

- (注) 1. 太枠内のみご記入ください。
 2. 振込先は、申請者の名義のものにしてください。申請者と講座名義人が異なる場合は委任状が必要になります。
 3. 添付書類
 (1) 領収書の原本
 (2) 母子健康手帳の新生児聴覚検査の結果が記載されている部分の写し又は聴覚検査の結果が分かるもの