

年 月 日

武雄市長 様

申請者 住所

氏名 ㊟ 続柄（ ）

電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査費・産婦健康診査受診費助成申請書兼請求書

新生児聴覚スクリーニング検査及び産婦健康診査に係る費用の助成について、下記のとおり申請及び請求します。また、この申請にあたり、武雄市が保有する情報について調査及び実施機関等へ確認することに同意します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
新生児氏名			
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		

(内容)

		実施日	実施機関	自己負担額
新生児聴覚スクリーニング検査	初回検査	年 月 日		
	確認検査	年 月 日		
産婦健診	2週間	年 月 日		
	1か月	年 月 日		
助成申請額	金 円			

(振込先)

金融機関	銀行・金庫・組合・農協	本店・支店・本所・支所	
口座番号		口座種別	当座 ・ 普通
フリガナ			
口座名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任に記入が必要になります。

私は、上記口座名義人に新生児聴覚スクリーニング検査費・産婦健康診査受診費助成金の受取を委任いたします。

年 月 日 氏名