

記入例

様式第1号（第6条関係）

持参する日を記入してください。

新生儿聴覚検査補助金交付申請書兼請求書

R4年5月7日

水戸市長 様

申請者の口座に振込みます。
申請者と口座名義人は同一となります。

申請者

住所

水戸市中央1-4-1

氏名

水戸 花子

電話番号

029-350-1216

新生儿との関係

母

新生儿聴覚検査補助金の交付を受けたいので、水戸市新生儿聴覚検査補助金交付要項第6条第1項の規定により下記のとおり申請します。また、当該申請に係る交付の決定があったときは、下記金額を請求します。

記

1 受診者氏名

水戸 梅子

2 受診者住所

(申請者と異なる場合のみ記入)

3 母子健康手帳 No.

2120000

金額は空欄のままお持ちください。

4 交付申請請求額

金

円

5 振込先

金融機関名	水戸	銀行 信組 金庫 農協	本店 水戸 支店
口座の種類	普通・当座	口座番号	1234567
フリガナ	ミト ハナコ		
口座名義	水戸 花子		

申請者名義の振込先を記入してください。

6 添付書類

- 新生儿聴覚検査に係る受診票
- が発行した新生儿聴覚検査の領収書の写し
- 母子健康手帳の表紙及び新生儿聴覚検査の結果が記載された部分の写し
- 新生儿の親権者以外の者が申請する場合にあっては、親権者に準ずる者であることを確認できる書類
- 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

注 この申請書は、市長が交付の決定をした後は、新生儿聴覚検査補助金の請求書として取り扱います。