

記入例

別記様式第1号（第6条関係）

年 月 日

小平市長 殿

お母様のご住所等  
をご記入ください

申請者  
住所 小平市学園東町〇-〇  
氏名 小平 はな  
新生児氏名 小平 もも  
電話番号 042(〇〇〇)〇〇〇〇

小平市里帰り等新生児聴覚検査費助成金交付申請書

里帰り等新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

ご記入不要です

記

助成対象検査	受診年月日	医療機関等の名称	受診地 (都道府県名)	負担費用額
新生児聴覚検査	年 月 日			円

(添付書類)

- 1 使用しなかった新生児聴覚検査受診票
- 2 里帰り新生児聴覚検査を受診した医療機関等の発行した領収書・明細書（原本）
- 3 母子健康手帳の里帰り新生児聴覚検査及び新生児聴覚検査の受診記録が記載されている部分の写し
- 4 その他（ ）

この申請の内容について、市長が医療機関等に確認することに同意します。

お母様のお名前

氏名 小平 はな (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

記入例

別記様式第3号（第8条関係）

日付は記入しないでください

~~年 月 日~~

小平市長 殿

請求者

お母様のご住所、お名前  
※本人が自署しない場合は、印鑑（認印）

住所 小平市学園東町〇-〇

氏名 小平 はな (※)

小平市里帰り等新生児聴覚検査費助成金請求書

小平市里帰り等新生児聴覚検査費助成金交付要綱第8条第1項の規定により、下記のとおり小平市里帰り等新生児聴覚検査費助成金の交付を請求します。

記

金額は記入しないでください

~~請求金額~~

~~円~~

お母様の  
口座

なお、上記の金額については、次の口座に振込みを依頼します。

	金融機関名				支店名		
金融機関名 支店名	りそな <del>銀行</del> 信用金庫 信用組合				小平 <del>支店</del> 出張所		
預金種目 (該当番号を○で 囲んでください)	① 普通    2 当座    3 その他(       )						
口座番号	1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	コダイラ ハナ						
口座名義人 (受取人)	小平 はな						