

記入例

第3号様式（第9条関係）

南房総市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書兼請求書

受診者	(フリガナ) 氏名	ナンソウ タロウ 南総 太郎	生年月日	令和6年1月1日
	住所	南房総市岩糸2489番地		
母子健康手帳番号		000000		
新生児聴覚スクリーニング 検査を受けた医療機関名		大分県00市1111番地		
検査日		令和6年1月3日		
検査料金		3,000円		
請求理由 (該当するものに○)		① 療養その他の事由により、県外の医療機関において新生児聴覚スクリーニング検査を受けた。 2 その他 ()		
※1 支給決定額				
上記のとおり新生児聴覚スクリーニング検査を受けましたので、南房総市新生児聴覚スクリーニング検査事業実施要綱第9条の規定により、助成金を交付されるよう申請します。				
令和6年2月1日				
南房総市長 宛				
申請者 住所 南房総市岩糸2489番地				
(保護者) 氏名 南総 みなみ (印)				
受診者からみた続柄 (母)				
電話 0470 (46) 3112				
振込先 (申請者)	金融機関名	銀行 00 信用金庫 農業協同組合	本店 00 支店	
	預金種別	普通・当座	口座番号 1234567	
	口座名義	(フリガナ) ナンソウ ミナミ 南総 みなみ		

※ ※1欄の記入は不要です。

※ 新生児聴覚スクリーニング検査を受けた医療機関の領収書、母子健康手帳及び新生児聴覚スクリーニング検査受診票（未使用）を添えて提出してください。