

様式第4号(第9条関係)

申請者記入欄		
新生児聴覚検査助成申請書兼請求書 さくら市長 様 年 月 日 申請者 住所 さくら市 氏名 電話番号 被検査者との続柄		
被検査者氏名	(ふりがな)	生 年 月 日
	男 女	年 月 日 (満 歳 か月)

※ 助成対象者は保護者です。申請者名と口座名義人は統一してください。

振込先 金融機関名	銀行 支店	口座番号	(普・当)
		フリガナ	
		口座名義	

添付書類

- (1) 受診票
- (2) 領収書の写し
- (3) 申請者名義の通帳の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類

(市使用欄)

決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	受 付	年 月 日
					伺	年 月 日
					決 定	年 月 日
					支 給	年 月 日
交付決定の状況			支給金額		円	