

藤枝市新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書

申請日： 年 月 日

藤 枝 市 長

申請者（保護者）

住 所	
氏 名	⑩
電 話	

藤枝市新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

※太枠内記入

(フリガナ)		()		生年月日		年 月 日	
受診者氏名 (新生児)							
住 所		〒					
実施機関名		(医療機関 ・ 助産所)					
振 込 先	金融機関名	金融機関コード	銀行 金庫 農協	支店コード	本店 支店 出張所		
	預金種別	普通・当座	口座番号 (右づめ)				
	口座名義人 (カタカナ)						
検査種別		<input type="checkbox"/> 自動ABR		<input type="checkbox"/> OAE			

捨印

※口座名義人が申請者と異なる場合は、委任状が必要です。

検収印

検査項目	助成額	限度額	検査日
自動ABR	円	4,700円	年 月 日
OAE	円	2,100円	年 月 日
交付決定額	円	交付決定日	年 月 日