

第 2 号様式（第 9 条関係）

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

年 月 日

藤 枝 市 長

申請者（保護者）住 所

氏 名

電話番号

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 9 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)					年 月 日				
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		☐ 自動 A B R ☐ O A E							

※口座名義人が申請者と異なる場合は、委任状が必要です。

検査項目	助成額	限度額	検査日
自動 A B R	円	4,700円	年 月 日
O A E	円	2,100円	年 月 日
交付決定額	円	交付決定日	年 月 日