

別記様式（第4条関係）

塩尻市新生児聴覚検査県外受検費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

（あて先） 塩尻市長

申請者 住所
氏名
電話番号

新生児聴覚検査を県外の医療機関において受検したため、次のとおり塩尻市新生児聴覚検査県外受検費補助金の交付を申請します。

| | | | |
|-----------------|---|--|-------|
| 受検者 | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 年 月 日 |
| | 住所 | | |
| 受検医療機関 | 名称 | | |
| | 所在地 | | 電話番号 |
| 県外受検の理由 | <input type="checkbox"/> 里帰り出産 <input type="checkbox"/> 仕事の都合 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| 交付を受けようとする補助金の額 | 円 | | |

塩尻市新生児聴覚検査県外受検費補助金の交付が決定された場合には、上記の額を次の金融機関口座に振り込んでください。

| | | | |
|-------|------------------------|------|-----------------------|
| 金融機関名 | 銀行 金庫 信用組合 農協 | 支店名 | 本店・支店 本所・支所 出張所 |
| 預金の種類 | 普通・当座 | 口座番号 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義 | | | |

添付書類

医療機関又は助産所が発行した領収書等

※ 申請の際に母子健康手帳を持参してください。