

沼田市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

沼 田 市 長 様			申請日	年 月 日
申請者 (母、父)	(ふりがな) 氏 名	(続柄)		年 月 日生
	住 所	〒		
受診児 (出生届がすんでいる場合に 氏名も記入)	(ふりがな) 氏 名	生年月日	年 月 日生	
	(ふりがな) 氏 名	生年月日	年 月 日生	
	(ふりがな) 氏 名	生年月日	年 月 日生	
新生児聴覚 検査費用 (実際に検査に 要した額)	(上限1人3,000円) 円			
助成金の 振込先	(ふりがな) 口座名義人	金融機関名		
		支 店 名 (ゆうちょ銀行の 場合は店番)		
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
添付書類	1. 新生児聴覚検査受診票原本(受診結果の記入されたもの) 2. 領収書原本(受診日と同じもの) 3. 母子健康手帳のコピー(表紙と新生児聴覚検査のページ) 4. 口座名義人と振込先の口座番号がわかる通帳またはカードのコピー			
沼田市 処理欄	助成金交付申請額	円		
	申請受理日	年 月 日	交付決定日	年 月 日
	受付番号			交付 ・ 不交付

<代理人が申請する場合>

代 理 人	(ふりがな) 氏 名	(申請者との続柄:)
	住 所	〒
		電話

上記の者に申請を委任します。

氏名

印