

記入例

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	R〇年〇月〇日	
申請者 (母、父)	(ふりがな) 氏名	ぬまた はなこ 沼田 花子 (続柄)母		H1年1月1日生
	住所	〒378-0000 沼田市下之町888 電話番号 23-2111		
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	ぬまた あいこ 沼田 愛子	生年月日	R1年4月15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)	4,800 円		同じにしてください。
助成金の 振込先	(ふりがな) 口座名義人	ぬまた はなこ 沼田 花子	金融機関名	沼田銀行
	預金種別	普通・当座	支店名 (ゆうちょ銀行の 場合は店番)	沼田支店
			口座番号	123456
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、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>(申請者が記載してください。)

(続柄を確認するために代理人のマイナンバーカードや運転免許証等をお持ちください。)

代理人	(ふりがな) 氏名	ぬまた たろう 沼田 太郎 (申請者との続柄: 夫)	
	住所	〒378-0000 沼田市下之町888 電話 23-2111	

上記の者に申請を委任します。

母氏名 **沼田 花子**



(署名又は記名押印)