様式第１号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　嬉野市長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　対象児との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）

年度嬉野市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

　嬉野市新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、嬉野市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第６条の規定により、関係書類を添え、下記のとおり申請します。

　なお、申請内容を確認するため、市が保有する個人情報を利用し、又は医療機関に問い合わせることに同意します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児 | 氏名 |  | 性別 | 男　　女 |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 検査医療機関名 |  | 検査年月日 | 年　　月　　日 |
| 検査方法（いずれかに〇） | Ａ　自動聴性脳幹反応検査（自動ＡＢＲ） |
| Ｂ　耳音響放射検査（ＯＡＥ） |
| 交付申請・請求金額 | 　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・金庫農協・組合 | 本店・支店・本所支所・出張所 |
| 預金種別 | 普通・当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義 |  |
|  |

※添付書類　（１）検査費用の支払を証する領収書の写し

（２）母子健康手帳の写し（３）振込先口座通帳の写し