

箕面市新生児聴覚検査費助成金申請書兼請求書

年 月 日

（宛先）箕面市教育委員会教育長

申請者 住 所 箕面市 _____
氏 名 _____
続 柄 父 ・ 母 ・ その他（ _____ ）
電話番号 _____

箕面市が委託していない医療機関等を受診したため、箕面市新生児聴覚検査の実施等に関する要綱第 1 1 条第 1 項の規定により下記のとおり助成金を申請します。

また、助成が決定された場合は、助成金を下記の金融機関の口座に振り込むよう請求します。

記

1 振込先金融機関（申請者名義）

金融機関名 _____ 支店名 _____ 支店

預金種別 普通 ・ 当座 _____ 口座番号 _____

口座名義（カタカナ） _____

2 添付書類

☐ 検査料の領収書及び診療費明細書

☐ 聴覚検査の受検日、検査結果がわかるもの（母子健康手帳の検査結果のページの写しなど）

☐ 新生児聴覚検査の受検票

（以下市記載欄）

助成金額 _____ 円