

富山市新生児聴覚検査費助成交付申請書兼請求書

(宛先) 富山市長

関係書類を添えて、下記のとおり富山市新生児聴覚検査費助成を申請します。
また、次の事項について同意します。

- (1) 本申請書及び添付資料に含まれる個人情報について、市が助成金交付の可否に係る確認にのみ利用すること
- (2) 医療機関等が、申請者の申請状況や検査内容等の情報を市に提供すること
- (3) 検査内容や費用について、支払いに必要な情報について市が医療機関等へ照会すること

1 申請者(保護者記入)

申請者氏名				児との続柄	
申請者住所	〒 ー 富山市				
ふりがな				男 ・ 女	
対象児氏名				生年月日	令和 年 月 日
対象児住所	〒 ー ※ 申請者住所と異なる場合に記載				
電話番号	()				

2 請求額 _____ 円 * 検査費用は5,000円を上限とし、ご請求ください。

3 振込先

金融機関名				支店名				預金種別	
								普通・当座	
銀行コード				支店コード					
口座番号				口座名義 * カタカナで記入					

(添付書類)

- 1 新生児聴覚検査受診票兼検査費請求書(様式第1号)
- 2 聴覚検査の領収書・明細書(写し)

申請確認印	申請受理印