

(様式第3号)

年 月 日

伊万里市長 様

申請者 住所

氏名

㊞ 続柄 ()

電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査費助成申請書兼請求書

新生児聴覚スクリーニング検査に係る費用の助成について、下記のとおり申請及び請求します。

また、この申請にあたり、伊万里市が保有する情報について調査及び実施機関等へ
確認することに同意します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
新生児氏名		性別	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
実施機関			
初回検査実施日		自己負担額	
確認検査実施日		自己負担額	
助成申請額	金 円		

(振込先)

金融機関	銀行・金庫・組合・農協	本店・支店・本所・支所	
口座番号		口座種別	当座 ・ 普通
フリガナ			
口座名義人			

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任に記入が必要になります。

私は、上記口座名義人に新生児聴覚スクリーニング検査費助成金の受取を委任いたします。

年 月 日 氏名