

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

(宛先)

南魚沼市長

申請者 住所 〒 -

南魚沼市

氏名

電話 - -

南魚沼市新生児聴覚検査費助成申請書

下記のとおり新生児聴覚検査を受診しましたので、関係書類を添えて助成の申請をします。

なお、本申請に係る審査に当たり、南魚沼市が住民記録を確認し、及び医療機関等に必要な情報について調査することを承諾します。

記

医療機関名	名 称			
	住 所			
検査費用（消費税込）		円		
振 込 先 ※保護者	金融機関名		支 店 名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

【添付書類】

- ・医療機関が発行した聴覚検査に係る領収書及び診療明細書
- ・新生児聴覚検査受診票（様式第1号）
- ・その他市長が必要と認めるもの

※注意事項 聴覚検査を受診した日から6か月以内に申請をしてください。