

別 記

第1号様式の1（第11条関係）

鎌ケ谷市新生児聴覚検査費用助成金支給申請書

年 月 日

鎌ケ谷市長 様

鎌ケ谷市新生児聴覚検査事業実施要綱第11条の規定により以下のとおり申請します。

申請者	フリガナ

受診者	フリガナ			
	氏名			
	現住所	〒		
	※すでに転出している方のみ 鎌ケ谷市在住時の住所	鎌ケ谷市		
	生年月日	年 月 日	母子健康手帳番号	
	電話番号			

健診機関名	所在地	電話番号

※ 千葉県外の医療機関に限る。  
新生児聴覚検査実施状況

助成対象となる 健診受診年月日	自己負担額	決定助成金額
年 月 日	円	円

振込先	金融機関名	銀行	支店
	口座番号	普通・当座	
	フリガナ 名義人		

鎌ケ谷市新生児聴覚検査費用助成金支給申請において、自己負担額に訂正があった際には、金額の訂正を市に一任します。又、申請者と振込先口座名義人が異なる場合、振込先口座への振込を了承します。

署名

添付書類

- 1 母子健康手帳（写）及び受診内容が確認できる書類
- 2 医療機関の発行する領収書
- 3 通帳等口座番号が確認できるもの（写）