

書き損じがある場合は、訂正印を押印してください。

記入例

様式第1号（第4条関係）

佐久市新生児聴覚検査県外受検補助金交付申請書兼請求書

日付空欄

（申請（請求）先）佐久市長

新生児聴覚検査を実施しましたので、次のとおり申請（請求）します。

申請 （請求） 者	ふりがな		電話 ()	
	氏名			
	現住所	〒		
新生児氏名 (生年月日)		(年 月 日)		
検査医療機関名		(名称) (所在地)		
検査内容	検査日	補助金の 上限額 (A)	支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) のいずれか少ない額
初回検査 (1回目)	年 月 日 (生後 日)	5,000 円	未記入	
確認検査 (※) (2回目)	年 月 日 (生後 日)	5,000 円		
右の金額を請求します。				
補助金の 振込先	ふりがな	金融機関コード	支店コード	口座番号
	口座名義人	金融機関	支店名	

※確認検査は、検査結果が聴覚検査になった場合のみ実施するものとする。

添

※請求者と口座名義人は同じ方でお願いします。

異なる場合は、別途委任状が必要です。

の写し

検票（新生児聴

見直し検票の交付を受けたい場合は、必ずこの欄に記入してください。

エ その他市長が必要と認める書類