

様式第1号（第5条関係）

嘉麻市新生児聴覚検査費用助成申請書

年 月 日

（あて先）嘉麻市長 様

（申請者）住所  
 氏名  
 対象児との関係（続柄）  
 電話番号（ ） —

嘉麻市新生児聴覚検査費用助成事業実施規程第5条の規定により、下記のとおり嘉麻市新生児聴覚検査費用助成金の交付を申請します。

記

1. 受検者及び交付申請額

対象児	住 所			
	氏 名		生年月日	年 月 日
検査年月日		年 月 日		
実施医療機関名				
検査費用		円	申請額	円

（市記入欄）

助成額	円	申請区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯
-----	---	------	----------------------------------------------------------------------

2. 同意欄

<p><b>同意書</b></p> <p>私は、この申請にあたり、私及び私の世帯に関する住民基本台帳、課税状況等の個人情報を嘉麻市が調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名（自署）</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. 助成金振込先（申請者と同名義）

金融機関		支店名		口座種目	
銀行・信用金庫 信用組合・農協		支店 本店		1：普通 2：当座	
口座番号（右詰で書いてください。）				名 義 人	(フリガナ)

4. 添付書類

- (1) 領収書（受診者名や保険適用外の検査費用であることなどがわかるもの） (2) 母子健康手帳等の聴覚検査の結果が記載されているもの (3) 申請区分がわかるもの (4) 振込先金融機関口座が確認できる書類