

天草市新生児検査費助成申請書

年 月 日

天草市長 様

新生児検査費について助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者						
住所 天草市						
保護者氏名			母子健康手帳No. (発行番号)			
新生児氏名			新生児 生年月日 年 月 日			
電話番号						
私が天草市より支払いを受ける助成金については、すべて下記の口座へ振替えてください。						
※申請者の口座に限ります。	振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()		
	口座番号				(左詰記入)	
申請額 (合計)		円		助成額 (合計)		
内訳	新生児聴覚スクリーニング検査	円		内訳	新生児聴覚スクリーニング検査	円
	新生児マス・スクリーニング検査	円			新生児マス・スクリーニング検査	円
		円				円
		円				円

(備考) 太枠の中をご記入の上、新生児検査を受けた日の翌日から起算して6月以内に申請してください。

- (申請に必要な書類)
- 1 新生児検査を検査を受けたことの証明があるもの
 - ・新生児聴覚スクリーニング検査結果票（様式第1号）
 - ・新生児マス・スクリーニング検査結果票（様式第2号）
 - 2 医療機関発行の領収書の写し（請求分全て）
(氏名、日付、金額がはっきり分かるようにコピーしてください。)
 - 3 母子健康手帳

申請受理年月日