

様式第2号（第7条関係）山梨市委託外新生児聴覚診査受診費助成金交付申請書

山梨市長

申請日 年 月 日

住 所：山梨市

氏 名：

電 話：

新生児聴覚診査を受診したので、必要書類を添えて次のとおり申請します。

受 診 児 氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
住 所	〒40 ー 山梨市 電話 ー ー
出産日	年 月 日 新生児聴覚検査受診票番号（ ）
新生児聴覚検査受診日	年 月 日
受診機関名	住所 医療機関・検査機関名 電話
申 請 金 額	円

※助成限度額は新生児聴覚検査費用の実額とし、1人につき3,000円を上限とする。

《振込指定口座》

金融機関名	() 銀行 () 支店 () 信用金庫・信用組合 () 支店 J Aフルーツ山梨 () 支所 ゆうちょ銀行 (記号 ー) 中央労働金庫 () 支店	
口座番号		☐ 普通 ・ ☐ 当座
口座名義人 (カタカナ)		

《承諾欄》

私は、山梨市が新生児聴覚検査費用助成申請に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳を閲覧することを承諾します。		
年 月 日	申請者	住所 山梨市 氏名

《注意》 口座は受診者本人の名義で申請してください。

《必要添付書類》

1) 領収書および診療明細書 2) 母子健康手帳 3) 検査結果が記載されているもの

申請期限：新生児聴覚検査受診日から原則として2か月以内に申請をしてください。