様式第１号（第５条関係）

新生児聴覚検査費用助成金申請書

年　　月　　日

長 岡 市 長　様

申 請 者

住　　所

氏　　名

電話番号

下記のとおり新生児聴覚検査を受けましたので、検査費用の助成を申請します。
申請内容の確認に当たり、長岡市が住民基本台帳を閲覧すること及び確認等が必要な場合は検査医療機関に問い合わせることに同意します。

被検査者	住　　所		□同上　長岡市
	ふりがな		
	氏　　名		
	生年月日		年　　月　　日
検査状況	医療機関	住 所	
		名 称	
	検査日		年　　月　　日
	検査費用		円
助成申請額			円
申請者の振込先	金融機関名		銀行・組合・金庫・農協　　店・支店
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号
	ふ り が な		
	口座名義人		

添付書類
□母子健康手帳（表紙と聴覚検査の結果が確認できるもの）の写し
□医療機関発行の聴覚検査に要した費用の領収書・診療明細書
□振込口座の通帳またはキャッシュカード、インターネットバンキングの画面の写し
（口座番号等確認用）

---------- 以下長岡市記入 ----------

上記の申請について、以下のとおり決定よろしいでしょうか。

所長	副所長	係長	係		
				起案	・　・
				決裁	・　・

受付

助成する　・　助成しない

交付決定額
円

支	出	命	令	番	号				
							－		