第1号様式

墨田区新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

墨田区長　あて

1　申請者及び受診者氏名

フリガナ		申 請 日	年　月　日
申請者 （保護者等）	㊞	生年月日	年　月　日
現 住 所 （保護者等）	〒 電話　（　　）		

新生児聴覚検査 受診者氏名	（生年月日　　年　　月　　日）

□次の事項に同意の上、新生児聴覚検査費用助成費の支給を申請します。

□なお、支給額は、下記の口座に振り込んでください。

① 添付する領収書等確認書類に基づき、墨田区新生児聴覚検査費用助成金交付要綱により算定された額が支給額となること

② 墨田区がこの申請に必要な住民基本台帳に関する情報について調査すること。

③ 墨田区がこの申請に必要な新生児聴覚検査の受診及び支払状況等について関係機関に照会すること。

④ 偽りその他不正な行為により給付を受けたことが判明した場合には、当該助成金の返還に応じること。

捨印

2　振込先（振込先は申請者の口座に限ります。）

※　ゆうちょ銀行を振込先に指定するときは、振込用の店名・預金種別・口座番号を記入してください。

フ リ ガ ナ	
口 座 名 義	

金 融 機 関 名	支 店 名	預金種別	口座番号 （右づめで御記入ください）
□ 銀　行 □ 信用金庫 □ 信用組合	□ 本 店 □ 支 店 □ 出張所	□ 普 通 □ 当 座 □ 貯 蓄	

3　口座名義が現在の氏名と異なる場合（旧姓等）のみ御記入ください。

（申立書）

墨田区新生児聴覚検査費用助成金の受領に係る振込口座については、上記口座が私の経理する口座なので、上記口座に振り込むよう、お願いします。

申請者（保護者等）　　㊞

申　立　事　由

【※墨田区事務処理欄】　　申請受付年月日　　・　　・

妊婦健康診査費用助成金の同時申請	有　・　無
申　請	窓口　・　郵送
支給決定額	円

（A4）