

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

米子市長 様

申請者

住 所

氏 名

(印)

電話番号

米子市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

次のとおり米子市新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、米子市新生児聴覚検査費用助成金交付要綱（令和6年4月1日施行）第7条の規定により申請します。

受 診 日	年 月 日
乳 児 氏 名	
乳 児 生 年 月 日	年 月 日
新生児聴覚検査に要した額	円
申 請 額	円
実 施 医 療 機 関 名	

備考

- (1) 申請者が氏名を自署する場合には、その押印を省略することができます。
- (2) 双胎以上の場合は、乳児氏名を連名で記入してください。
- (3) 申請額の欄には、新生児聴覚検査に要した費用の額と上限2,000円を比較して、いずれか少ない方の額を記入してください。

添付書類

領収証書及び診療明細書

新生児聴覚検査受診票（里帰り等の場合）

様式第4号（第9条関係）

米子市新生児聴覚検査費用助成金支払請求書

米子市新生児聴覚検査費用助成金交付要綱（令和6年4月1日施行）第8条第1項の規定により、令和 年 月 日付けこ相起第 号－3で交付決定の通知のありました米子市新生児聴覚検査費用助成金の支払を請求します。

年 月 日

米子市長 様

請求者 住 所
氏 名

請求金額	円
------	---

助成金は、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行・信用金庫・農協					
	支店・支所名						
	預金の種類	普通・当座・その他（ ）					
	口座番号						
	フリガナ						
	口座名義人						

（注意事項）

ゆうちょ銀行の口座を指定される方は、「支店・支所名」の欄には、店番を記入してください。