

※ 申請者印と同じもので押印してください。

印

新生児聴覚検査費用助成金申請書兼口座振替依頼書

年 月 日

千代田区長殿

朱肉を使う印鑑
をお使いください

関係書類を添えて下記のとおり健康診査費用の助成を申請します。決定した助成額は下記の口座に振り込んでください。なお、申請書あたり、区が私の住民基本台帳を閲覧すること、また、確認等が必要な場合は医療機関と問い合わせをすることに同意します。

記

フリガナ 申請者 (児の保護者)	千代田 花	印 (スタンプ印不可)	生年月日 ●●年●●月●●日
フリガナ 対象者 (児)	千代田 花		生年月日 ●●年●●月●●日
申請者住所	〒102-8688 電話 03 (3264) 2111 千代田区 九段南 1-2-1		
未使用受診票	受診年月日	申請額(※1)	限度額(※2)
新生児聴覚 検査費用	●●年●●月●●日	●●●●円	令和5年度 3,000円 令和4年度 3,000円 円

振込先	金融機関名	●●	銀行 信用金庫 信用組合	●●	本店 支店 出張所	種別	1. 普通 2. 当座
	口座番号	●●●●●●●●	(右詰記入)	金融機関 コード		支店 コード	
	フリガナ						
	口座名義 (※3)						

- ※1 「申請額」は新生児聴覚検査に要した費用を記入してください。
- ※2 区の記入欄です。記入しないでください。
- ※3 振込先の口座名義人が申請者以外の場合は、下記の委任状に記入・捺印が必要です。

注意

委任状

私は、上記の口座名義人に新生児聴覚検査費用助成金の受領を委任します。

●●年●●月●●日 (委任者) 住所 千代田区 九段南 1-2-1
氏名 千代田 印

【区処理欄】 住定日 年 月 日 転出 日

区分：里帰り

課長	係長	申請受付印

上記申請について助成額を確認する。
確認日 年 月 日

捨印(申請者欄
と同じ印)を押
してください。