

※ 申請者印と同じもので押印してください。

千代田

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

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検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、申請にあたり、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等へ問い合わせをすることに同意します。

朱肉を使う印鑑をお使いください。

フリガナ 申請者 (児の保護者)	チヨダ ハナコ 千代田 花子 (スタンプ印可)	生年月日 ●●年●●月●●日			
フリガナ 対象者 (児)	チヨダ サクラ 千代田 さくら	生年月日 ●●年●●月●●日			
申請者住所	〒102-8688 千代田区 九段南 1-2-1	電話 03 (3264) 2111			
新生児聴覚検査 受診年月日	申請額(※1)	限度額	決定額(※2)		
●●年●●月●●日	●●●●円	令和7年度 3,000円	令和6年度 3,000円	令和5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	チヨダ タロウ				
	口座名義 (※3)	千代田 太郎				

※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 花子

千代田

【区処理欄】 住定日 年 月 日

転出日

捨印(申請者欄
と同じ印)を押
してください。

申請受付印

上記申請について助成額を確認した。

確認日 年 月 日

係長

係員