

別記様式（第 1 2 条関係）

栃木市新生児聴覚検査扶助費支給申請書

年 月 日

（宛先）栃木市長

栃木市新生児聴覚検査の実施及び扶助費の支給に関する要綱第 1 2 条の規定により、次のとおり新生児聴覚検査扶助費の支給を申請します。なお、扶助費の支給を受けるに当たり、市長が住民基本台帳の調査を行うことに同意します。

申請者	氏名	(※)		電話番号	
	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。				
	住所				
新生児氏名			男・女	生年月日	
実施医療機関	名称				
	住所				
支給申請額		円 ※ 申請額は、検査に要した費用が限度額（5,000円）を超える場合は、5,000円となります。			
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ 名 義	-----			
添付書類	(1) 新生児聴覚検査の領収書の写し又は新生児聴覚検査費用を支払ったことが確認できる書類 (2) 栃木市新生児聴覚検査受診票 (3) 母子健康手帳の写し				

※市記入

☐ 医療機関への領収確認承諾済み