様式第1号（第9条関係）

日付は記入しないでください

記入例

年 月 日

行橋市長 殿

申請者兼請求者 住所 行橋市中央一丁目1番1号

氏名 行橋 花子 印

(対象者との続柄: 母)

電話 0930-25-1111

行橋市新生児聴覚検査費補助金交付申請書兼請求書

押印してください
(シャチハタ不可)

行橋市新生児聴覚検査補助金の交付を受けたいので、行橋市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第9条の規定に基づいて下記のとおり申請します。

また、当該補助金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。

記

1 対象者

フリガナ 氏名	ユクハシ タロウ 行橋 太郎	生年月日	令和7年4月1日
住所	※申請者と同じ場合は記入不要 行橋市	母子手帳番号	0000

2 検査方法、申請（請求）額等 ※検査を受けた日付を記入してください

初回検査 方法	検査日	自己負担額 (A)	補助上限額 (B)	申請（請求）額 (A) 又は (B) いずれか少ない額
AABR	令和7年 4月 〇日			円
OAE	年 月 日			円

「自己負担額」、「補助上限額」及び「申請（請求）額」は記入しないでください。

3 補助金振込先 ※必ず「申請者兼請求者」名義の口座を記入してください

金融機関名	銀行・農協 信金・信組・労金	〇〇 本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇
フリガナ 口座名義人	ユクハシ ハナコ 行橋 花子	

4 添付書類等

- 検査の方法及び検査結果が確認できる書類（母子健康手帳等）
- 検査費用の支払を証する領収書の原本
- 新生児聴覚検査受診券（検査報告書）の原本