

令和〇年〇月〇日

受領印

申請者は妊婦本人とし、現住所をご記入ください。今後2カ月以内に転出予定のある方は、欄外に転出先・転出予定日をご記入ください。（1か月の月末に通知を送付させていただきます。）

新生児聴覚検査受診費助成金交付申請書

申請者住所 武蔵野市吉祥寺北町4-8-10
氏名 武蔵野 花子
電話番号 090-0000-△△△△

（妊婦健康診査受診費助成金・新生児聴覚検査受診費助成金）の交付を受けたいので、（武蔵野市妊婦健康診査受診費助成金交付要綱第4条・武蔵野市新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第4条）の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容を確認するために、武蔵野市長が住民基本台帳の閲覧、受診機関への確認等を行うことに同意します。

Table with columns: 妊婦の氏名, 妊婦の生年月日, 新生児名, 受診時の住所, 受診年月日, 受診した場所の都道府県, 医療機関名, 負担額, 審査金額. Includes a callout box: 審査金額欄は記入しないでください。助成金額は年度により上限額が異なります医療機関での支払額を全額助成するものではありません

（妊婦健康診査受診費助成金・新生児聴覚検査受診費助成金）について、次の口座に振り込んでください。

Financial institution information form including bank name (〇〇〇), branch name (△△△ 本店), account number (1 2 3), and account holder name (ムサシノ タロウ).

*振込先の口座名義を申請者本人以外の方とする

申請者と口座名義人が異なる場合には委任状に申請者の記名押印が必要です。

に記入と捺印が必要です。

私は、本件に係る助成金の受領を上記の口座名義人に委任します。

令和〇年〇月〇日

申請者

武蔵野 花子

