

### 伊賀市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成申請書

伊賀市長様

〒

申請者住所 伊賀市

申請者氏名

電話番号 ( )

伊賀市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金を交付されたく、伊賀市補助金等交付規則第4条第1項及び伊賀市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付要綱第5条の規定により、領収書を添えて申請します。

1 申請金額 金 円

2 子どもの氏名、生年月日、検査日、検査金額、申請金額（太枠の中のみ記入してください。）

子どもの氏名	生年月日	検査日	検査金額	申請金額 <small>（検査金額と3,000円のいずれか少ない額）</small>
	年 月 日	年 月 日	円	円
	年 月 日	年 月 日	円	円
◎申請金額は、上限3,000円（子ども1人につき1回）			申請金額合計	円

振込先	銀行 本店		受付印
	農協 支店		
	金庫 出張所		
普通・当座	口座番号		<input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 領収書確認 <input type="checkbox"/> 期日確認
ふりがな 口座名義人			

振込先の口座名義人が申請者と異なる場合は、下記委任状に記名押印が必要です。

委任状

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。

年 月 日 申請者 印

- \* 申請期日は、検査を受けた日から90日以内です。
- \* 申請にお越しの際は、念のために印鑑（朱肉印）をご持参ください。