別記様式（第６条関係）

志免町産婦健康診査・1か月児健診・新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

志免町長　様

標記について、次のとおり別紙書類を添えて申請します。
なお、支給決定に当たり、私の世帯に関する住民基本台帳及び関係書類を閲覧することに同意します。

申請者名		新生児との続柄	
産婦氏名	□申請者と同じ	産婦の生年月日	S・H　年　月　日
新生児氏名		新生児の生年月日	R　年　月　日
住所	〒 志免町		
電話番号		母子手帳番号	

申請健診種別	受診年月日	上限金額	申請金額	助成決定額（町記入欄）
産婦健康診査（１回目）	年　月　日	5,000円	円	円
産婦健康診査（２回目）	年　月　日	5,000円	円	円
1か月児健診	年　月　日	6,000円	円	円
新生児聴覚検査	年　月　日	5,000円	円	円
検査種類	□ＡＡＢＲ　□ＡＢＲ □ＯＡＥ			

振込先口座												
金融機関名	銀行 農協 信用金庫		金融機関コード				本店・支店名	本店・支店	店番号			
口座の種類	普通　・　当座							（フリガナ） 口座名義人				
口座番号												

【申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合】

※委任状

私は、上記振込先口座欄に記載した口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

令和　　年　　月　　日

申請者氏名

※添付書類等

□領収書の写し
□振込希望先金融機関の通帳又はキャッシュカードの写し
□母子健康手帳の写し
□健診等結果票（内容の確認できるもの）写し
　□産婦健康診査（１回目）　□産婦健康診査（２回目）　□1か月児健診　□新生児聴覚検査
※健診結果が不明な場合は、志免町から医療機関に内容の確認をさせていただく場合があります。

助成決定合計額（町記入欄）	円