記入例

第１号様式（第５条関係）

○年　○月　○日

（宛先）昭島市長

申請者　住所　**昭島市昭和町4－7－1**
（保護者）氏名　**昭島　花子**　印→口座名義人
（代理の場合本人との関係：　　）

昭島市新生児聴覚検査受診料補助金交付申請書

新生児聴覚検査受診料について補助金の交付を受けたいので、昭島市新生児聴覚検査受診料補助金交付要綱第５条の規定により申請します。

申請額	**記入しない**　円		出産日	○年　○月　○日
受診医療機関	名称　**埼玉中央病院** 所在地　**埼玉県中央市本町123-4** 電話　**044-543-7303**			申請の理由 ①　里帰りのため ２　その他の事情 （　　）
産婦	氏名	**昭　島　花　子**	生年月日	○年　○月　○日
	住所	**昭島市昭和町４－７－１**		
	電話	**０９０－９８７６－５４３２**		

市事務処理欄
健康課受付印
受理番号 （昭保健聴　　号）

第３号様式（第７条関係）

請　　求　　書

金　額	百	十	万	千	百	十	円

記入しない

件　名　　昭島市新生児聴覚検査受診料補助金として

年　　月　　日

（宛先）昭島市長

住所　**昭島市昭和町４－７－１**

氏名　**昭　島　花　子**　印　→口座名義人

※　補助金は、下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関	○○○○○	銀行 / 信用金庫 / 信用組合 / 農協	○○○ 本店※ / 支店※	預金種別	① 普通預金 / 2 当座預金 / 9
口座番号	○○○○○○○ ※				
口座名義人	（フリガナ）アキシマ　ハナコ （氏　名）昭　島　花　子				

※ゆうちょ銀行の場合

通帳記載の【この口座を他金融機関からの振込の受取口座として利用される際は次の内容をご指定ください】の欄をご確認の上、ご記入ください。