

別記様式第3号（第8条関係）

明和町新生児聴覚検査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）明和町長

申請者 住 所 明和町 _____
氏 名 _____ 印
電話番号 _____

次のとおり、新生児聴覚検査助成金の交付について、下記のとおり申請します。

1. 受診者名

フリガナ		性別	第何子	生年月日
受診児氏名		男・女	第 子	年 月 日
フリガナ				生年月日
新生児母氏名				年 月 日
新生児聴覚検査 負担額	検査年月日		医療機関名	
	年 月 日			
	円 ※検査に直接要した金額			

2. 振込先口座

口座 振替 依頼	銀行・金庫 組合・農協	本店・支店 出張所	預金種別 普通・当座 その他（ ）			
	フリガナ		口座番号			
口座名義人						
添付書類	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査受診票 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査費用が分かる領収書、明細書（原本） <input type="checkbox"/> その他町長が必要と認める書類					
助 成 額（町記入欄）	確認欄					
円						