

御嵩町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

御嵩町長 宛て

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費助成金を申請します。

助成の決定に必要な場合は、医療機関に対し検査費用等を照会すること及び対象者の確認のために住民基本台帳の確認をすることについて同意します。

記

保護者氏名													
保護者住所	御嵩町												
	電話 — —												
新生児氏名													
振込先	金融機関名	銀行						本店					
		金庫						支店					
		農協						出張所					
	預金種別	普通当座	(フリガナ)			口座名義人							
口座番号													
記号・番号 (ゆうちょ指定の場合)	記号				—	番号							

【申請時の持ち物】

1. 検査費に係る領収書及び明細書 2. 母子健康手帳

以下、町記入欄

検査費の額	円	助成額	円
-------	---	-----	---

受領印