

年 月 日

白鷹町長

殿

白鷹町新生児聴覚検査費助成事業申請書

新生児聴覚検査を実施しましたので白鷹町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第7条に規定の規定に基づき、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (保護者)	住 所						
	氏 名	印					
	生年月日						
新生児の 氏 名							
生年月日	年 月 日生						
検査実施日	初回検査	年 月 日	確認検査	年 月 日			
	検 査 実 施 医 療 機 関 名						
検査費用	初回検査	円	確認検査	円			
	申 請 金 額			円			
助 成 金 振 込 先							
金融機関名		預金種目	口座名義人		口座番号		
銀行 金庫 組合	店	1. 普通 2. 当座	(フリガナ)				

- 注) 1 太枠内をご記入ください。
2 助成金振込先の金融機関は、申請者名義の銀行口座をご記入ください。

(添付書類)

- 1 領収書の写し
- 2 新生児聴覚検査の検査日、方法及び結果がわかる書類 (写し) 又は母子健康手帳 (写し)