

別記様式（第5条関係）

新生児聴覚検査費助成金申請書

年 月 日

輪之内町長 様

申請者 住 所 輪之内町  
氏 名  
T E L  
続 柄

印

新生児聴覚検査費助成事業実施要綱により、下記のとおり新生児聴覚検査を行いましたので助成金の申請をします。

補助額	※		円	支払金額	円
検診日	年 月 日			医療機関名	
対象児				生年月日	年 月 日
振込先	銀行・金庫 農協			本・支店・支所 出張所・代理店	
	普通・当座	口座 番号		ふりがな 口座名義人	

※は記入しないでください。

添付書類 新生児聴覚スクリーニング検査結果票の写し、又は結果記載のある母子手帳の写し、新生児聴覚検査にかかる領収書

◎助成金交付にあたり、町税の未納の有無を確認し、町税に未納がある場合には、これを充てることに同意します。

申請者名

印