

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
TEL
続柄

㊞

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。

補助金の額	※	円	支払金額	円
検診日	年	月	日	医療機関名
児の名前	住所	〒503-02 安八郡輪之内町		
	氏名	生年月日	年 月 日生（歳）	
支払金融機関	銀行・金庫		本・支店・支所	
	農協		出張所・代理店	
	(どちらか○を) 普通・当座	口座番号	ふりがな 口座名義人 (申請者)	

※は記入しないでください。

口座名義人と申請者は同じ方をご記入ください。

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 _____ ㊞

