

菊陽町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

菊陽町長 様

新生児聴覚検査費について助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者						
住所 菊陽町						
保護者氏名		印	保護者 生年月日		年 月 日	
新生児氏名			新生児 生年月日		年 月 日	
電話番号						
振込先 ※申請者の 口座に限り ます。	ゆうちょ 銀行以外	金融機関名	銀行・農協 信用組合 信用金庫		本店・支店 支所・出張所	
		預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人	()	
		口座番号				
	ゆうちょ 銀行	(ふりがな) 口座名義人		()		
		店番		口座番号		
		記号		番号		
申請額		円		助成額		
				円		

(備考) 太枠の中を御記入の上、新生児聴覚検査を受けた日の翌日から起算して6月以内に申請してください。

- (申請に必要な書類)
- 1 医療機関発行の領収書の写し
 - 2 母子健康手帳（検査結果のわかるもの）