

紀北町新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

紀北町長 様

請求者（保護者）

住 所 紀北町

氏 名 印

電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

1 被検査者等

フリガナ 氏 名	生年月日		性別
	年 月 日		男 ・ 女
検 査 日	検査医療機関	検査費用（円）	助成金額（円）
年 月 日			

2 振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本・支店名	本店 支店 出張所
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人 (申請者と同一)			

○添付書類

- ・聴力検査の費用がわかる領収書
- ・母子健康手帳（聴覚検査の実施記録）のコピー

○持ち物

- ・通帳（保護者名義）
- ・印鑑