

様式第 1 号

新生児聴覚検査費用補助金交付申請書

年 月 日

中富良野町長 様

(申請者) 住 所 中富良野町

氏 名 印

電話番号

受検者との関係

新生児聴覚検査費用補助金の交付を受けたいので、中富良野町新生児聴覚検査費用補助金交付要綱第 5 条の規定により申請します。

中富良野町がこの申請に必要な住民基本台帳に関する情報について調査すること、医療機関に対する検査結果等について照会することに同意します。

受 検 者 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
検 査 日	年 月 日		
検 査 医 療 機 関			
交 付 申 請 額	円		

振 込 先 口 座	金融機関名	支店名	種目
	銀行・信金・信組 労金・農協	本店・支店 営業所・出張所	1. 普通 2. 当座
	口座番号	フリガナ 口座名義	

添付書類 (1) 当該聴覚検査の領収書 (又はその写し)

(2) 母子健康手帳など検査結果が記載されているものの写し

※振込先名義は申請者と同一人とする。