

聖籠町新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

聖籠町長 様

申請者
住所 聖籠町大字
氏名
(新生児との続柄：)
TEL

次のとおり聴覚検査費用の助成を申請します。

新 生 児 氏 名				
生 年 月 日		年 月 日		
検 査 実 施 医 療 機 関 名				
申 請 内 容		別紙領収書のとおり		
振込指定機関	金 融 機 関 名	銀行・農協 信組・信金 ・労金	口 座 番 号 等	普通 当座
	支 店 名	本店・ _____支店	フリガナ 口 座 名 義 人	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に聴覚検査費助成金の受け取りを委任します。	
年 月 日	氏名 _____

- 1 添付書類として母子健康手帳又は聴覚検査の結果など検査したことが確認できるもの、医療機関が発行した領収書を添付してください。
- 2 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

助成決定額 _____ 円

聖籠町新生児聴覚検査費助成申請書

聖籠町長 様

申請日
(今日の日付)

〇〇 年〇〇月〇〇日

赤字の箇所を記入してください！



申請者

住所 聖籠町大字 諏訪山825

氏名 聖籠 太郎

(新生児との続柄： 父)

TEL

次のとおり聴覚検査費用の助成を申請します。

新 生 児 氏 名		聖籠 花子		
生 年 月 日		〇〇年 〇〇月 〇〇日		
検 査 実 施 医 療 機 関 名		●●クリニック		
申 請 内 容		別紙領収書のとおり		
振込指定機関	金 融 機 関 名	銀行・農協 聖籠 信組・信金 ・労金	口座番号等	普通 1234567 当座
	支 店 名	本店・ 聖籠 支店	フリガナ 口座名義人	セイロウ タロウ 聖籠 太郎

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下記に記入してください。

私は上記口座名義人に聴覚検査費助成金の受け取りを委任します。

年 月 日

氏名

- 1 添付書類として母子健康手帳又は聴覚検査の結果など検査したことが確認できるもの、医療機関が発行した領収書を添付してください。
- 2 助成金の振込は、申請があった日の翌月末となります。

助成決定額 円