

年 月 日

南幌町長 様

南幌町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

保護者 住 所 南幌町
氏 名 印
電話番号

南幌町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱（第4条第2項）の規定に基づき、下記のとおり新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

記

- 1 対象者氏名
- 2 生 年 月 日 年 月 日
- 3 申 請 金 額 円
- 4 添付資料
 - (1) 検査結果の写し
 - (2) 検査料に係る領収書の写し

5 振込先

金融機関名	銀行		店
預金種別	普通 当座	口座番号	
口座名義			
※支給決定年月日 年 月 日		※請求却下年月日 年 月 日	