

別記様式第2号（第8条関係）

大泉町新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大泉町長 様

申請者住所 大泉町  
氏名  
電話番号

大泉町新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、大泉町新生児聴覚検査事業実施要綱第8条第3項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、新生児聴覚検査費助成金の交付に必要な事項として、町が住民基本台帳を閲覧することに同意いたします。

受診児氏名	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
検査医療機関名		
検査年月日	年 月 日	
検査金額		
請求金額		

(振込先)

振込口座	金融機関名	銀行・信用金庫		本店・支店	
		信用組合・農協		出張所	
フリガナ		預金種目	普通	当座	
口座名義人		口座番号			

(添付書類)

- 新生児聴覚検査受診票
- 検査の領収書
- 検査の結果書類（母子健康手帳等）
- その他町長が必要と認める書類

※町記入欄

支払金額	円	交付決定額	円
------	---	-------	---