

第 2 号様式（第 6 条関係）

年 月 日

東員町長 様

申請者 住所 東員町

氏名 ㊦

電話

東員町新生児聴覚スクリーニング検査費補助金支給申請書

東員町新生児聴覚スクリーニング検査費補助事業実施要綱第 6 条第 2 項の規定により、次のとおり補助金の申請をします。

また、補助金支給に係る事務を行うに当たり、住民基本台帳等を閲覧することを承諾します。

受診者（新生児）		生年月日	年 月 日
検査医療機関	名 称		
	所在地		
検査日		自己負担額	申請額
年 月 日		円	円
補助申請額	円		
補助金の振込先	銀行・農協 信用金庫		本店・支店 支所・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号
	(フリガナ)		
	口座名義人		

添付書類 受診票又は母子健康手帳

領収書（レシート又はコピーは不可）

（注）検査を受けた日より 1 年以内に申請してください。

（注）自己負担額は、支払った検査料の額をそのまま記入してください。