

様式第 2 号 (第 11 条関係)

新生児聴覚検査費用助成申請書及び請求書

年 月 日

鏡野町長 様

下記のとおり、新生児聴覚検査費用の助成を申請及び請求します

記

申請者記入欄	申請者住所	鏡野町			電話番号()	—
	申請者氏名	(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。		新生児との続柄		
	新生児氏名			新生児の生年月日	年 月 日	
	検査実施年月日 年 月 日 上記の新生児聴覚検査に対する料金 _____円 *実際に支払った金額(領収書と同額)を記入 検査医療機関所在地 _____ 検査医療機関名 _____					

町記入欄	助成決定額		円				
	課長	特命参事	課長代理	主事	係	支出命令	給付台帳
決裁						月 日	月 日

口座番号	金融機関の名称	()銀行・信用金庫・農協	()本店・支店・支所
	預金の種別	普通・当座	番号
	フリガナ		
	口座名義人		

*申請書に記載された個人情報は、本事業の執行に伴う業務以外には使用しません。