

別記様式第2号（第7条関係）

新ひだか町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

新ひだか町長 様

申請者住所 新ひだか町

氏名

（電話番号： ）

新ひだか町新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

交付申請額 金 円

検査を受けた者	氏 名：
	生年月日： 年 月 日
検査実施医療機関名	
検査実施日	年 月 日
検査費	円 ・ 不明
検査費が不明な場合の理由	

【振込口座】

金融機関名	
店舗名	
種目・口座番号	
フリガナ	
口座名義	