

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

福崎町新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請兼請求書

福崎町長 様

申請者 住所 福崎町  
(助成対象者) 氏名 印  
続柄 (新生児からみて)  
電話

福崎町新生児聴覚スクリーニング検査費に係る助成金の交付を受けたいので、福崎町新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧することに同意します。

検査を受けた 新生児	住所	福崎町		
	氏名		性別 男・女	
	生年月日			
検査医療機関	病院・診療所・助産院			
検査日	年 月 日			
請求額	検査費 円 ※ <u>上限 5,000 円</u>			

保護者（父母）名義の指定口座としてください。

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店	普通 当座 貯蓄		