

様式第1号(第6条関係)

上毛町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

上毛町長 様

申請者 住所 上毛町大字
(保護者)
氏名
※署名又は記名押印
(TEL)

上毛町新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
対象児氏名			
検査日	年 月 日	検査方法	<input type="checkbox"/> A A B R <input type="checkbox"/> O A E
検査医療機関	名 称		
	所在地		
検査費用			円
交付申請額			円
添付書類	<input type="checkbox"/> 検査費用が確認できる領収書及び診療内容がわかる書類の写し <input type="checkbox"/> 母子健康手帳又は検査結果が記載されているものの写し		