

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 | | |