

鷹栖町新生児聴覚検査料助成金交付申請書

年 月 日

鷹栖町長 様

関係書類を添えて、下記のとおり新生児聴覚検査料助成金交付の申請をします。

申請者 (検査を受けた子の 保護者)	住 所	鷹栖町					
	氏 名	Ⓜ					
	電話番号						
申請額	円						

新生児聴覚検査 を受けた方	ふりがな 氏 名						
	生年月日	年	月	日			
	検査年月日	年	月	日			
	医療機関名						
振込先金融機関	銀行・農協・信用金庫 店						
	口座の種類／番号	普通	・	当座			
	ふりがな 口座名義人	(氏)	(名)				

同意書							
私は、鷹栖町新生児聴覚検査料助成金交付申請要件の確認のため、鷹栖町長が住民基本台帳を閲覧及び調査することに同意します。							
年 月 日							
申請者氏名							Ⓜ

注) 太枠の中をご記入ください。振込先は申請者名義の口座としてください。

<申請に必要なもの>

- 1 鷹栖町新生児聴覚検査料助成金交付申請書（別記様式第1号）
- 2 検査医療機関の領収書の原本（領収書は返却しません）
- 3 母子健康手帳（健康診査所見欄など検査結果が確認できるもの）
- 4 印鑑（申請書に押印したもの）
- 5 申請者の町税等納付状況調査同意書（鷹栖町町税等の滞納者に対する行政サービスの制限措置に関する条例施行規則別記様式第1号）

※鷹栖町記入欄

処理欄	申請受理年月日		(承認・不承認) 決定年月日				
	受給者番号		決定額				
	課長		補佐・主幹		係長・主査		係