

度会町新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書

（宛先）度会町長

申請者 住 所
氏 名 ①
電 話

度会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、度会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6条の規定により、次のとおり必要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確認することに同意します。

被 検 査 者	住 所	度会郡度会町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生まれ
検査医療機関名		
検査年月日	年 月 日	
請求金額	円	

（振込先）

金融機関名	口座種別	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 出張所	普通・当座		()
ゆうちょ銀行 店	普通・貯蓄		()

注 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。

記

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委 任 者 住 所
(申請者) 氏 名 ①
受 任 者 住 所
(口座名義人) 氏 名 ①