

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

（あて先）
五戸町長 様

（助成金申請者）

住 所
氏 名
電話番号

印

五戸町新生児聴覚検査費用助成申請書兼請求書

下記のとおり新生児聴覚検査費用の助成金を申請します。
また、本申請の審査において必要な範囲内で住民基本台帳等の確認を行うことに同意します。

記

	氏 名		生年月日			
児氏名			年	月	日	
検査実施日	年	月	日	（確認検査も実施した場合） 年 月 日		
検査内容	助 成 申 請 額					
初回検査	円					
確認検査	円					
申請額合計	円					
振込先	金融機関	金融機関名		店名		
	預金種別	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					