

様式第16号（第9条関係）

新生児聴覚検査費助成金交付申請（請求）書

年 月 日

日出町長 様

申請者 住 所
氏 名

下記のとおり新生児聴覚検査費助成金を申請（請求）します。

請求金額 _____ 円

保 護 者	住 所	日出町
	ふりがな	
	氏 名	
	電話番号	
乳 児	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生
振込先口座	金融機関	支所・支店
	口座種別	普 通
	口座番号	
	口座名義人	ふりがな

*添付書類

- ・健康診査の結果が記載された受診票
- ・領収書