

◇ みほん ◇

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

記入しないでください。

壬生町長 様

新生児聴覚検査を受けたので、助成金を交付されたく申請（請求）いたします。

※申請者と口座名義は同じ名前。  
違う場合は委任状が必要です。

申請者 住所 壬生町通町12-22

氏名 壬生 太郎

印

電話 0282 ( 81 ) 1887

検査を受けた児との続柄：( 父 )

支払金額	円
個人負担金	円
助成額	円

記入しないでください。

児氏名	壬生 次郎	生年月日	H30年5月1日
指定振込口座	金融機関名	〇〇銀行 □□支店	
	(フリガナ)	ミヅ タロウ	
	口座名義	壬生 太郎	
	口座種別	普通・当座	口座番号
			123456
検査を受けた医療機関	〇〇〇〇	病院 検査を受け た年月日	H30年5月2日

※申請に必要なもの 領収書・壬生町で配布された受診票・母子健康手帳・印鑑・振込口座の通帳  
《申請にあたっての注意》

1 検査を受けた医療機関から領収書（レシート不可）を受取りご持参ください。

※領収書の再発行等の諸経費は自己負担となります。

2 助成金の上限額は、壬生町新生児聴覚検査助成事業実施要綱第4条に掲げる額となります。

3 助成金の請求できる期間は、検査した日から1年以内です。