

様式第 1 号(第 5 条関係)

年 月 日

志摩市新生児聴覚スクリーニング検査費助成申請書兼請求書

宛先 志摩市長

申請者 住 所 志摩市

氏 名

印

電話番号

志摩市新生児聴覚スクリーニング検査費の助成金の交付を受けたいので、志摩市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請・請求します。

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	
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
検 査 医 療 機 関 名		
検 査 年 月 日	年 月 日	
請 求 金 額	円	

振 込 口 座	金 融 機 関 名	銀行・農協 信金・信組	支店・本店 出張所
	預 金 種 別	普通・当座	口座番号
	フリガナ 口座名義人		