

記入例

年 月 日

箱根町長 様

住所 箱根町 湯本 256

申請者 電話 000-0000-0000

ふりがな はこね はなこ
氏名 箱根 花子

対象児との続柄 [母]

新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

箱根町新生児聴覚検査費用助成要綱第5条の規定により、助成金の交付を受けたいので、次
のとおり関係書類を添えて申請します。

この助成金交付要件確認等のため、町の職員が対象児の検査内容を医療機関等に照会する
ことに同意します。

対象児氏名	はこね たろう 箱根 太郎										
対象児の生年月日	RO年 O月 O日										
住所および連絡先	〒 箱根町					連絡先： ※申請者の住所等と同じ場合は記入不要					
検査方法	<input type="checkbox"/> AABR <input checked="" type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE										
申請額	O,OOO 円										
検査医療機関名	O△病院										
検査日	RO年 O月 △日										
振込先	金融機関名	OOO			銀行・農協 信用金庫・信用組合			OO			本店・店 支店・出張所
	口座番号	△	×	O	O	×	△	△	種別	当座 ・ 普通	
	ふりがな	はこね はなこ									
	口座名義	箱根 花子 ※申請者名義の口座									

(関係書類)

- 1 新生児聴覚検査の方法及び結果がわかる書類（検査結果の写し等）
- 2 新生児聴覚検査に係る領収書
- 3 その他町長が必要と認めるもの