

様式第1号（第5条関係）

木島平村新生児聴覚検査費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

木島平村長 様

申請者 住所

氏名

㊞

木島平村新生児聴覚検査費用補助金の交付を受けたいので、木島平村新生児聴覚検査費用補助金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

対 象 児	フリガナ 氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
交 付 申 請 額		円		
検 査 医 療 機 関	名 称			
	所在地			
検 査 年 月 日		年 月 日		
検 査 費 用		円		
聴 覚 検 査 実 施 証 明 書				
上記のとおり検査したことを証明します。				
年 月 日				
医療機関名 ㊞				
振 込 先 口 座	<input type="checkbox"/> 木島平村福祉医療費給付費の受領口座と同じ（以下記載不要）			
	<input type="checkbox"/> 上記口座以外（口座名義は、申請者と同一としてください。）			
	金 融 機 関			
	支 所 ・ 支 店			
	口 座 種 別			
	口 座 番 号			
	口 座 名 義			