

様式第3号(第8条関係)

阿蘇市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

阿蘇市長 様

新生児聴覚検査費について助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請
します。

| | | | | |
|---|-----------------|-----------------------|------|-----------------|
| 申請者 住 所 阿蘇市 保護者氏名 新生児氏名 (生年月日 年 月 日) 電話番号 | | | | |
| 振込先 ※申請者(保護 者)の口座に限 ります。 | 金融機関名 | 銀行・農協 信用組合 信用金庫 | | 本店・支店 支所・出張所 |
| | 預金種別 | 1 普通 2 当座 3 その他 | 口座番号 | |
| | (フリガナ) 口座名義人 | () | | |
| 申請額 (上限 5,000 円) | 円 | 助成額 | 円 | |

(備考)太枠の中をご記入の上、新生児聴覚検査を受けた日の翌日から起算して6月以
内に申請してください。

※ゆうちょ銀行の方は、振込用の店名・預金種目・口座番号(7桁)をご記入くださ
い。