

様式2

新生児聴覚検査費用助成申請書

令和 年 月 日

美幌町長 平野浩司様

〒092-

申請者 住所 美幌町字

氏名 印

*自署した場合は押印を省略することができます

TEL

新生児聴覚検査費用の交付を受けたいので、医療機関の領収書および健診記録の写しを添えて申請します

ふりがな 検査児氏名 _____		生年月日 _____年 月 日	
振込先銀行		口座番号	
銀行 信農 店		受取人名	