様式第３号（第10条関係）

上市町新生児等聴覚検査費用助成金交付申請書兼実績報告書

年　　　月　　　日

上市町長　宛て

上市町新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱第10条第２項の規定により、次のとおり申請し、及びその検査費用の実績を報告します。なお、新生児等聴覚費用助成金の交付に必要な事項として、上市町長が私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

１　申請者（申請者記入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 新生児等氏名 （対象児） |  | |
| 住　　所 | 〒９３０－  上市町 | | | | | |
| フリガナ |  | 児との続柄 | |  | 電話  番号 |  |
| 申請者氏名  （保護者） | ㊞ |
| 申請者の住所  ※児と異なる場合に記載 | 〒　　　　　－ | | | | | |

２　助成金交付申請額　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

(1) 聴覚検査に係る領収書及び明細書

(2) 新生児等聴覚検査受診票

(3) その他町長が必要と認める書類

様式第３号（第10条関係）

記入例

上市町新生児等聴覚検査費用助成金交付申請書兼実績報告書

令和**○** 年　**○** 月**○** 日

上市町長　宛て

上市町新生児等聴覚検査費用助成事業実施要綱第10条第２項の規定により、次のとおり申請し、及びその検査費用の実績を報告します。なお、新生児等聴覚費用助成金の交付に必要な事項として、上市町長が私の住民基本台帳を閲覧することに同意します。

１　申請者（申請者記入）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | **カミイチマチ　イチロウ** | | 生年月日 | | **令和 ○年 ○月 ○日** | |
| 新生児等氏名 （対象児） | **上市町　一郎** | |
| 住　　所 | **〒９３０－0361**  **上市町湯上野１１７６番地** | | | | | |
| フリガナ | **カミイチマチ　ハナコ** | 児との続柄 | | **母** | 電話  番号 | **４７３－９３５６** |
| 申請者氏名  （保護者） | **上市町　花子　㊞** |
| 申請者の住所  ※児と異なる場合に記載 | 〒　　　　　－ | | | | | |

**初回検査費用の金額を**

**記入して下さい。**

A

２　助成金交付申請額　　　　　金　　　　　　　　　　　　円

３　添付書類

(1) 聴覚検査に係る領収書及び明細書

(2) 新生児等聴覚検査受診票

(3) その他町長が必要と認める書類