

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

笠松町長 様

申請者

住所

氏名

印

連絡先

笠松町新生児聴覚検査費助成申請書

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請します。

なお、金額の確認のために必要な場合は、医療機関に対し検査内容等を照会することについて同意します。

児の氏名							
検査	初回検査 ・ 確認検査						
申請額	金 _____ 円		検査に直接要した費用。ただし3,700円を超える場合は3,700円とする。				
振込先	金融機関名	銀行		本店			
		金庫		支店			
		農協		出張所			
	預金種別	普通 当座	(ふりがな) 口座名義人				
	口座番号						
申請受理 年月日	年 月 日	可 決定年月日	否	年 月 日			

注) 太枠の中をご記入ください。

- (添付書類) ① 検査方法及び実施方法、検査結果が確認できるもの
② 新生児聴覚検査費に係る領収書

委任状

わたくしは、
を代理人と定め、次の権限を委任します。

1. 新生児聴覚検査費助成金受領の件

令和 年 月 日

委任者 住所

氏名

印