

記入例

第1号様式（第5条関係）

○年 ○月 ○日

(宛先) 昭島市長

申請者 住所 **昭島市昭和町4-7-1**
(保護者) 氏名 **昭島花子** →口座名義人

(聴覚検査受診児との関係：)

昭島市新生児聴覚検査受診料補助金交付申請書

新生児聴覚検査受診料について補助金の交付を受けたいので、昭島市新生児聴覚検査受診料補助金交付要綱第5条の規定により申請します。

なお、この申請に関し必要な情報を住民基本台帳により確認することに同意します。

申請額	記入しない		円	受診日	○ 年 ○ 月 ○ 日
受 診 医 療 機 関	名 称 埼玉中央病院			申請の理由	
	所在地 埼玉県中央市本町123-4			① 里帰り出産のため	
	電 話 044-543-7303			2 その他の事情 ()	
聴 覚 検 查 受 診 児	氏 名	昭島花子	生年月日	○ 年 ○ 月 ○ 日	
	住 所	昭島市昭和町4-7-1			
	電 話	990-9876-5432			

市事務処理欄
受付印
受理番号 (第 号)

第3号様式（第7条関係）

請　求　書

金額	百	十	万	千	百	十	円
----	---	---	---	---	---	---	---

件名 昭島市新生児聴覚検査受診料補助金として

記入しない

年　月　日

(宛先) 昭島市長

住所 **昭島市昭和町4-7-1**

氏名 **昭島花子** 印 →口座名義人

※ 補助金は、下記の口座に振り込んでください。

振込先 金融機関	<input checked="" type="radio"/> 銀行		<input type="radio"/> 本店		<input checked="" type="radio"/> 1 普通預金	
	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 信用金庫	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 支店	2 当座預金	
		信用組合			9	
		農協				
口座番号	1	2	3	4	5	6
口座名義人	(フリガナ) アキシマ ハナコ					
	(氏名) 昭島 花子					