

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

（宛先）昭島市長

申請者 住所
（保護者）氏名
（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	円		受診日	年 月 日
受 診 医 療 機 関	名 称			申請の理由
	所在地			1 里帰り出産のため
	電 話			2 その他の事情 ()
聴 覚 検 査 受 診 児	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所			
	電 話			

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

年 月 日

（宛先）昭島市長

住 所
氏 名 印

※ 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	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協			本店 支店		1 普通預金 2 当座預金 9
口座番号						
口座名義人	(フリガナ)					
	(氏 名)					