

鳥羽市新生児聴覚スクリーニング検査費助成申請書兼請求書

鳥羽市長 様

申請者 住 所 鳥羽市  
氏 名  
電話番号

㊞

鳥羽市新生児聴覚スクリーニング検査費の助成金の交付を受けたいので、鳥羽市新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり必要書類を添えて申請・請求します。

また、対象者等の確認のため住民基本台帳を確認することに同意します。

被検査者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日生まれ
検査医療機関名		
検査年月日	年 月 日	
請求金額	円	

振込先	金融機関名	銀行・金庫 農協・信漁連		支店・本店 出張所			
	預金種別	普通・当座	口座番号				
	ふりがな						
	口座名義人						