

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

岩美町新生児聴覚検査費助成金交付申請書

岩美町長 様

申請者 住所  
氏名

次のとおり新生児聴覚検査を受けましたので、受診費用についての助成金を申請します。また、助成金の支給にあたり、住民登録及び受診状況を調査することに同意します。

受診者名	受診日	受診医療機関	金額
	年 月 日		円

助成金申請額	円
--------	---

※助成申請額は、委託契約に定められた額と金額のどちらか低い額とする。