様式第1号（第6条第１項関係）

新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

年　　月　　日

柏原市長殿

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、次のとおり口座振替によって支払ってください。

申請者 住　所	〒　　－
申請者 氏　名	㊞
健診受診者 氏　名	
受診者との 続柄	（　　）
電　話	（　　）　　－
申請額	金　　円

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協							本店 支店 出張所
	預金種別	普通　・　当座			（フリガナ） 口座名義人				
	口座番号								＊左詰め記入

ゆうちょ銀行（記号・番号）

					－								

＊以下は記入しないでください

申請受理 年月日	年　月　日	承認　・　不承認	助成金額	金　　円