

記載例 囲みの中をご記入をお願いします。

第1号様式（第6条関係）

大垣市長 様

(申請日) →

令和3年4月1日

申請者 住所
氏名
TEL

大垣市丸の内2丁目29番地
大垣 太郎
0584-81-4111

印

(押印)

大垣市新生児聴覚検査費助成事業補助金交付申請書

大垣市新生児聴覚検査費助成事業補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

1 受診医療機関

□□マタニティクリニック

2 交付申請額

○○○○ 円 (上限額は2,300円)

(2,300円を下回る場合はその額)

3 聴覚検査に要する費用

△△△△ 円 ← (検査の実費)

4 検査結果票の写しもしくは母子健康手帳の写し

(聴覚検査の結果が分かるものがあれば、母子健康手帳の写しは省略可)

5 領収書の写し