

上士幌町新生児聴覚検査費助成申請書

令和 年 月 日

上士幌町長 竹中 貢 様

住所
申請者
氏名



新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

申請額 円

(振込み先)

金融機関名	金庫・組合・農協・銀行	
	本店・支店(所)店番号()	
口座種別	普通 ・ 当 座	
口座番号		
口座名義	フリガナ	
	氏 名	

助成対象額 (A) 円

助成上限額 (B) 5,600 円

申 請 額 A又はBのいずれか低い方の額