

様式第 2 号-1（第 6 条関係）

年 月 日

（宛先）
諏訪市長

申 請 者
住 所 〒
諏訪市

氏名
（受検者との続柄）
電話番号

※自署しない場合は記名押印してください。

諏訪市新生児聴覚検査県外受検等補助金交付申請書

次のとおり、新生児聴覚検査県外受検等補助金について関係書類を添えて申請します。

フリガナ 受 検 者 氏 名			生年月日	年 月 日	
受 検 者 住 所	〒 諏訪市 (申請者と同じ場合は記入不要)				
検 査 年 月 日	年 月 日				
検査医療機関名 所 在 地					
交 付 申 請 額 (上限 5,000 円)	円				
補助金振込先					
フリガナ 口 座 名 義 人				預金種別	普通 ・ 当座
金 融 機 関 名	銀行 信金 農協		支 店 名	本店 支店 支所	
口 座 番 号					(左詰記入)

※検査年月日より 90 日以内に申請してください。