

様式第1号（第5条関係）

松本市新生児聴覚検査県外受検費用補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（宛先）松本市長

申請者  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

松本市新生児聴覚検査県外受検費用補助金の交付を受けたいので申請します。

※下記の太枠内に記載し、医療機関又は助産所が発行する領収書を添付してください。

ふりがな		
お子様の氏名		
住 所	〒 同上	
受 検 し た 医 療 機 関	名 称	別紙領収書のとおり
	所在地	別紙領収書のとおり
交付申請額	円	

以下、担当課記入欄

決 裁 欄	補助金を下記のとおり支出してよろしいでしょうか。				受付年月日	年 月 日
	係	係長	課長 補佐	課長	決裁年月日	年 月 日
					施行年月日	年 月 日
補助金決定額						円