

別記第1号様式（第4条関係）

下松市新生児聴覚検査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

下松市長 様

申請者 住所  
氏名  
連絡先（電話）

新生児聴覚検査事業補助金の交付を受けたいので、下松市新生児聴覚検査事業補助金交付要綱第4項の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 交付申請額 円

2 検査の実施状況

検査名		<input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査(AABR) <input type="checkbox"/> 音響放射検査(OAE)	<input type="checkbox"/> 聴性脳幹反応検査(AABR) <input type="checkbox"/> 音響放射検査(OAE)
受診者	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
検査日		年 月 日	年 月 日
検査費用		円	円

3 振込先

振込先	金融機関	銀行 金庫 組合	普通 ・ 当座	支店・支所 本店・本所 出張所
	フリガナ			
	口座名義		口座番号	

（添付書類）

- (1) 新生児聴覚検査受診票（結果が記載されているもの）又は検査結果が確認できる書類
- (2) 領収書その他新生児聴覚検査費用を負担したことを証する書類

