

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 下松市〇〇町〇丁目〇-〇  
 氏名 下松 花子  
 連絡先（電話） 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

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。

記入しないでください

記

1 交付申請額 円

2 検査の実施状況

検査名		<input checked="" 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	下松 星子	
	生年月日	令和 〇年 〇月 〇日	年 月 日
検査日		令和 〇年 〇月 △日	年 月 日
検査費用		〇, 〇〇〇円	円

3 振込先

振込先	金融機関	〇〇 銀行 金庫 組合	普通 当座	〇〇 支店	支所 本店 本所 出張所				
	フリガナ	クダマツ ハナコ							
	口座名義	下松 花子	口座番号	1	2	3	4	5	6

(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

