

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ー〇

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		☒ 聴性脳幹反応検査(AABR) ☐ 音響放射検査(OAE)	☐ 聴性脳幹反応検査(AABR) ☐ 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		口座番号							
	口座名義	下松 花子			1	2	3	4	5	6	7

（添付書類）

- 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
- 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