

様式第1号（第5条関係）

山ノ内町新生児聴覚検査費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

山ノ内町長 様

申請者 住所

氏名

㊞

電話

山ノ内町新生児聴覚検査費用補助金の交付を受けたいので、山ノ内町新生児聴覚検査費用補助金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

対象児	フリガナ 氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
交付申請額		円		
検査機関	名称			
	所在地			
検査年月日		年 月 日		
検査費用		円		
新生児聴覚検査実施証明書 上記のとおり検査したことを証明します。 年 月 日 医療機関名 ㊞				
振込先 口座	金融機関名			
	支店・支所			
	口座種別	普通・当座	口座番号	
	口座名義			

※太枠内について医療機関で証明を受けてください

※医療機関発行の領収書により検査年月日、検査費用が分かる場合は医療機関の証明不要