

小竹町新生児聴覚検査費補助金交付申請書及び請求書

小 竹 町 長 殿

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
 子との続柄 \_\_\_\_\_  
 生年月日 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

新生児聴覚検査費補助事業について下記のとおり検査しましたので、関係書類を添えて補助金の交付申請及び請求をします。

記

新生児氏名	
生年月日	年 月 日生
検査内容 (初回・確認)	A A B R ・ O A E ・ その他 ( )
検査結果	右 ( <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> リファー (再検査) ) 左 ( <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> リファー (再検査) )
検査日	年 月 日
受検病院名	
補助金申請額	円

補助金振込口座 ※口座名義は申請者のものに限りませ

金融機関名		支店名	
預金種目	普通・当座	口座番号 (左づめで記入)	フリガナ
			口座名義
ゆうちょ銀行	店番	口座番号 (左づめで記入)	フリガナ
			口座名義