（健康福祉課扱）

様式第１号（第５条関係）

南箕輪村新生児聴覚検査費用補助金
交付申請書（実績報告書）兼請求書

年　　月　　日

南箕輪村長　様

（申請者）
住所　　南箕輪村　　番地
氏名
電話番号

南箕輪村新生児聴覚検査費用補助金交付要綱第５条の規定により、関係書類を添えて次のとおり補助金を申請します。

交付申請額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

対象児	（フリガナ）			
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日		
聴覚検査実施日		年　　月　　日		
検査実施医療機関名				
検査方法（※該当するものに○）		自動ＡＢＲ　・　ＡＢＲ　・　自動ＯＡＥ		
検査結果（※該当する方に○）		パス　　・　　リファー		
検査費用		円		
金融機関名（ゆうちょ銀行以外）		銀行 信用金庫 農協		本店・支店 支所
預金種別		普通・当座	口座番号	
ゆうちょ銀行		記号（左詰めで記入）		番号（左詰めで記入）
		｜　｜　｜　｜　－　｜		｜　｜　｜　｜　｜　｜　｜　｜
（フリガナ）				
口座名義人				

（申請者と口座名義人が違う場合は、以下に署名又は記名押印してください。）
上記名義人口座への振込を承諾します。

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

（添付書類）　①聴覚検査の結果票の写し　②検査費用のわかる領収書等の写し