様式第1号（第5条関係）

新生児聴覚検査補助金交付申請書

　　　年　　月　　日

高山村長　様

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費用の補助を申請します。

記

補助金申請額　　　　　　　　　円

１　新生児聴覚検査受診児

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 |

２　新生児の母

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |

３　新生児聴覚検査負担額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査年月日 | 医療機関名と住所 | 新生児聴覚検査負担額 |
| 年 　月 　日 |  | 円 |

３　振込金融機関

|  |  |
| --- | --- |
| 振込金融機関名 | 銀行・信用金庫　　　　　　　　本店・本所  農協・信用組合　　　　　　　　支店・支所 |
| 口座番号 | 普通・当座 |
| 口座名義人 |  |

〔添付書類〕

　　・新生児聴覚検査受診票　　・領収書（コピー不可）