

宮田村新生児聴覚検査費用補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

宮田村長 様

(申請者) 住 所 宮田村 番地

氏 名 ⑩

電話番号

次のとおり補助金を申請します。

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

(※検査費用と上限5,000円を比較して少ない額)

対象児	氏名			
	生年月日	年	月	日生まれ
聴覚検査実施日		年	月	日
検査実施医療機関				
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(要再検査)		
検査費用		円		
振込先 金融機関	金融機関名	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所	
	口座番号		種別	普通・当座
	フリガナ			
	口座名義人			

※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