

第1号様式（第5条関係）

中井町新生児聴覚検査費用補助金交付申請書兼請求書						
フリガナ 対象児氏名						
対象児生年月日		年 月 日				
受検医療機関等	所在地					
	名称					
	受検年月日	年 月 日				
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE					
検査費用		補助金 申請金額 円		補助金 決定金額 円	※	
補助金 受領方法	口座 振込	金融機関名		支店名	口座種目	
		口座番号		口座名義人(フリガナ)		
				( )		
	現金	<input type="checkbox"/> 役場会計課窓口				
関係書類を添えて申請・請求いたします。 年 月 日 申請者兼請求者 住所 中井町 保護者氏名 ⑩ 電話 ( )						
中井町長様						
※ 確認年月日	年 月 日 領収書等確認 ⑩			処理欄		

※印欄は、記入しないで下さい。

(関係書類)

- 1 新生児聴覚検査の方法及び結果が分かる書類（検査結果の写し等）
- 2 新生児聴覚検査にかかる領収書及びその明細書の写し
- 3 その他町長が必要と認めるもの