

様式第1号（第7条関係）

潟上市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

潟上市長 様

潟上市新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、潟上市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱7条第2項の規定により、関係書類を添付して申請します。

申請者	氏名				
	住所				
	電話番号				
被検査児	氏名		申請者との続柄		
	生年月日	年 月 日			
	医療機関名及び所在地		検査方法	A A B R	
				O A E	
請求金額	円				
振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店 出張所	
	種別	1. 普通 2. 当座	口座番号		
	口座名義人	ふりがな			
		氏名			

※ 添付書類

- ① 検査に係る領収書と新生児聴覚検査受検票
- ② 母子健康手帳
- ③ 振込先通帳