

様式第3号(第5条関係)

紀宝町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

紀宝町長 様

申請者 住 所

氏 名

㊞

電 話

紀宝町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の交付を受けたいので、紀宝町新生児聴覚スクリーニング検査費用助成事業実施要綱第5条の規定により申請（請求）します。

検査名	新生児聴覚スクリーニング検査 (自動聴性脳幹反応検査・聴性脳幹反応検査・耳音響放射検査)		
フリガナ			
被検査者氏名			
被検査者生年月日	年	月	日
検査年月日	年	月	日 ( か月 日)
検査を受けた 医療機関名			
検査金額			
補助金額			
補助 金 の 振 込 先	金融機関	銀行・組合 金庫・農協	支店・支所 出張所
	預金種類	当座 ・ 普通 口座番号	
	フリガナ		
	口座名義人		