

小川村新生児聴覚検査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

小川村長様

申請者	住所	小川村大字		
	保護者氏名			印
	新生児氏名			
	生年月日	年	月	日(生後 日)

下記のとおり新生児聴覚検査を受けましたので補助金を交付してください。

記

1. 検査実施日

平成	年	月	日
----	---	---	---

2. 個人負担額

	円
--	---

3. 補助金申請額

検査料

検査料が5,400円を超えるときは5,400円とする。
検査料が5,400円に満たない時は検査料の額とする。

4. 振込先口座番号（農協口座番号等）

金融機関名	支店名 (ゆうちょの場合店番)	口座番号	(ふりがな) 口座名義人

5. 添付書類 ① 新生児聴覚検査に係る領収書の写し