

年 月 日

岡垣町長 宛て

(申請者)

住所 _____

氏名 _____

(受診新生児氏名 _____)

岡垣町新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

岡垣町新生児聴覚検査事業実施要綱第8条第3項の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

- 1 助成金交付申請額 _____ 円(A又はBのうち、いずれか低い額)
助成金の算定

検査の種類	検査費用の上限額 (A)	領収書の記載額 (B)
A A B R、A B R	5,000円	_____ 円
O A E	3,000円	

- 2 添付書類
新生児聴覚検査票及び領収書

- 3 助成金の振込先

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	種別	普通・当座
口座番号		フリガナ		
		口座名義		

(注意)

新生児聴覚検査票と新生児聴覚検査に要した費用がわかる医療機関発行の領収書(写し)を添付し、受診日から1年以内に申請してください。