

様式第1号（第6条関係）

岡谷市新生児聴覚検査県外受検補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

岡谷市長 様

申請者（保護者）

住 所

氏 名

連絡先

新生児聴覚検査を長野県外の医療機関で受検しましたので、補助金の交付申請及び請求をします。

対象児氏名								
生年月日		年	月	日	検査実施日	年	月	日
医療機関等名		住所 名称						
申請額（請求額）		円						
振 込 先	金融機関名				本・支店名			
	金融機関コード				支店コード			
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人		()			
	口座番号						(左詰記入)	

備考

- この表の補助金の申請額（請求額）の欄には、医療機関等への支払額と補助金の限度額のいずれか少ない額を記入してください。
- 医療機関等の領収書及び未使用の聴覚検査受検票を添付してください。