

様式第1号（第5条関係）

上山市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

上山市長様

申請者 住所 _____

氏名 _____ (印)

児との続柄 _____

電話番号 _____

(申請者は、児の保護者である事)

上山市新生児聴覚検査費補助金を交付されるよう、関係書類を添えて申請します。

児の氏名及び生年月日	児の氏名
	生年月日 年 月 日
検査月日	年 月 日
申請額	金 _____ 円 検査法 <input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE 新生児聴覚検査に直接要した費用。 ただし、5,000円を超える場合は5,000円を上限とする。

振 込 先	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協						本店・支店・出張所	
	金融機関コード					店番号			
	1 普通	フリガナ							
	2 当座	口座名義人		(申請者と同じ)					
	口座番号								

- 【持ち物】
- 母子健康手帳（聴覚検査を受けたことがわかるもの）
 - 聴力検査に係る領収書
 - 通帳（児童手当の振込口座を希望の場合は省略可）