

様式第1号（第5条関係）

※決 裁	村長	副村長	課長	係長	係	不承認（理由）
年 月 日 下記のとおり承認してよろしいでしょうか。						

新生児聴覚検査費用補助金交付申請書兼請求書

検査を受けた者		生年月日	年 月 日
住 所	阿智村	連絡先	
実施医療機関名			
検査方法	AABR（自動 ABR）	ABR	OAE
初回検査料			円
確認検査料			円
口座振込 金融機関	銀行 金庫 農協	本店 支店 支所	口座名義人
			口座番号
フリガナ 普通 ・ 当座			
新生児聴覚検査費用補助金を申請・請求します。 年 月 日 申請者 住 所 阿智村 氏 名			
阿智村長 様			

※ 添付書類：領収書、母子手帳または検査を証明できるもの