

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

鴻巣市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

（宛先）鴻巣市長

住 所
申請者（保護者）氏 名
（受検者との続柄 ）
電話番号

新生児聴覚スクリーニング検査を受検しましたので、鴻巣市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要綱第5条第1項の規定に基づき、次のとおり申請します。

受検者氏名			生年月日	年 月 日
保 護 者	（父）氏名		生年月日	年 月 日
	（母）氏名		生年月日	年 月 日
受 検 医 療 機 関	名称			
	所在地	電話番号		
検 査 日	年 月 日	検 査 方 法	自動ABR・OAE	
検 査 費 用	円			
交 付 申 請 額	円			

振込口座

金融機関		本・支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
口座番号		口座名義	