

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兼請求書

（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、次のとおり申請及び請求します。なお、本申請に基づく助成金支払事務に当たり、市が住民基本台帳等の確認及び受診医療機関に受診状況等の確認をすることに同意します。

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（請求）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	