

みどり市長 様

住所
保護者 氏名
電話

みどり市新生児聴覚検査補助金検査報告書

交付決定を受けたみどり市新生児聴覚検査補助金について、検査を受けたので、下記のとおり報告します。

また、この報告に関し、審査に必要な情報の照会がされることを承諾します。

記

ふりがな				
子の氏名				
子の生年月日	年	月	日	
検査年月日	年	月	日	
受診医療機関名				
受診医療機関所在地	都道府県		市区	
検査に要した費用				円
補助金の振込先	ふりがな			
	口座名義			
	金融機関名	支店名	口座種別 普・当	口座番号

※添付書類

- 1 新生児聴覚検査費用の支払いを証明する書類(領収書等)の写し
- 2 検査結果が記入された新生児聴覚検査受診票
- 3 母子健康手帳の写し

市役所 処理欄	報告 受理日	年 月 日	交付決定番号	
			交付額	