

第1号様式（第6条関係）

年 月 日

大垣市長 様

申請者 住所
氏名
TEL

印

大垣市新生児聴覚検査費助成事業補助金交付申請書

大垣市新生児聴覚検査費助成事業補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

- 1 受診医療機関 _____
- 2 交付申請額 _____円（上限額は2,300円）
- 3 聴覚検査に要する費用 _____円
- 4 検査結果票の写しもしくは母子健康手帳の写し
- 5 領収書の写し