

新生児聴覚検査費助成申請書

記入例

令和 年 月 日

羽曳野市長 様

・申請者と口座名義人は同一の方
・書き損じた場合は訂正印をお願いし

住所
申請者 氏名
続柄
電話

同一氏名 (印)

新生児聴覚検査費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

ゆうちょ銀行の場合は振込み用の店名を記入
例)四〇八・四一八 など

受検者	住所	羽曳野市		
	フリガナ			
	氏名	赤ちゃんのお名前		男・女
	生年月日	令和 年 月 日生		
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農協			
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	支店
	口座名義人	(カかけで記入)		同一氏名

この二重線枠内については、医療機関で記入してください。

<医療機関記入欄>

【新生児聴覚検査】

初回検査日	領収額
年 月 日	円
検査機器	
自動ABR ・ OAE	

所在地 〒

医療機関

代表者名 (印)

TEL ()

※ 以下は、記入しないで下さい

助成決定額	円	受付番号	
		受付日	令和 年 月 日
		受付担当者	