

新生児聴覚検査費助成申請書

令和 年 月 日

羽曳野市長 様

申請者	住所	
	氏名	印
	続柄	電話

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。

受検者	住所	羽曳野市		
	フリガナ			
	氏名			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			
	支店			
	預金種目	普通・当座・貯蓄	口座番号	
	口座名義人	(カタカナで記入)		

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	