

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

新生児聴覚検査費助成申請書

大田市長

住 所 大田市

申請者（保護者）氏名

電話番号

下記の通り申請いたします。

記

新生児氏名		生年月日				年	月	日
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協						
		本店・支店・出張所						
	口座種別	普通預金 ・ 当座預金						
	口座番号							
	口座名義 ※カタカナで記入							
備考	添付物： 領収書・明細書・母子手帳・母子手帳別冊（新生児聴覚検査受診票に検査結果が記録されている場合のみ）							
助成金額	円							

市担当課記入欄

受付印	添付書類チェック
	<input type="checkbox"/> 領収書・明細書 <input type="checkbox"/> 金融機関の口座がわかるもの（写） <input type="checkbox"/> 母子手帳（写） <input type="checkbox"/> 母子手帳別冊