様式第3号（第7条関係）

新生児聴覚検査費助成申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 新生児氏名 | 　 | 生年月日 | 令和　　　 | 年　　月　　日生 |
| 医療機関名 |  | 聴覚検査実施日 | 令和　　　 | 年　　月　　日 |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　　**銀行・労働金庫・信用金庫・農協** |
| 　　　　　　　　　　　**本店・支店・出張所** |
| 預金種別 | 普通 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義 | カタカナで記入ください |
|  |

**申請額　金２，０００円**

上記のとおり申請します。

令和　　　年　　　月　　　日

申請者（保護者）　　住　　所　〒　　　－

　　松江市

氏　　名

電話番号　（　　　　）　　　－

（あて先）

松　江　市　長