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