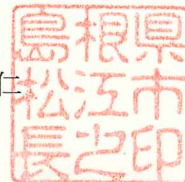


松江市告示第 269 号

松江市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱（平成 23 年松江市告示第 377 号）の一部を次のように改正する。

令和 8 年 7 月 1 日

松江市長 上 定 昭 仁



様式第 3 号（第 6 条関係）を次のように改める。

様式第 3 号（第 6 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	年 月 日生		
医療機関名			聴覚検査実施日	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。

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

【受付職員チェック欄】

- ☐ 助成対象であるかを確認した。（受診日、検査方法、医療機関等）
- ☐ 証明書等を確認し、コピーした。（医療機関が発行する検査実施が証明できる書類または母子健康手帳の写し）

附則

(施行期日)

- 1 この告示は、令和 8 年 7 月 2 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際現に存するこの告示による改正前の様式による用紙は、当分の間、これを使用することができる。