

新生児聴覚検査助成事業申請書

年 月 日

宇土市長 様

申請者 住所

保護者氏名

電話番号

母子手帳No.

次のとおり新生児聴覚検査を受けましたので、宇土市新生児聴覚検査助成事業実施要綱第 9 条の規定により申請します。

1 受診者

ふりがな		生年 月日	年 月 日
聴覚検査を受けた 新生児の氏名			

2 新生児聴覚検査受診状況及び助成申請額

検査日	検査に要した費用	助成申請額 (検査に要した費用と助成限度 額のいずれか低い額)
年 月 日	円	円

3 新生児聴覚検査実施医療機関等

名 称	
所在地 (電話番号)	電話

4 振込先

銀行名	銀行	本・支店
口座番号	普通・当座	
ふりがな		
口座名義		