

大崎市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

申請者	フリガナ		母子健康手帳別冊番号（ ）	
	保護者		年 月 日生	（ 歳）
	フリガナ		年 月 日生 （男・女）	
	児氏名			
住所	〒 ー		電話	ー ー
検査を受けた 医療機関名		検査実施日	年 月	日
医療機関住所		検査時年齢	月	か
申請額 5千円を限度とします	円	領収書金額	円	円

\*添付書類

- 受診票（医療機関が必要事項を記載したもの）
- 医療機関が発行した聴覚検査に係る領収書の写し
- その他市長が必要と認める書類

振込先

金融機関名		支店名	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			