

新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和 年 月 日

舞鶴市長

〒

住 所 舞鶴市

氏 名

児との続柄

電 話 ()

新生児聴覚検査の助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

（太枠内のみご記入ください）

児	氏 名		生年月日	令和 年 月 日
	住 所	舞鶴市		
母	氏 名		生年月日	年 月 日
新生児聴覚検査受診券 交付年月日			令和 年 月 日	
新生児聴覚検査受診券 交付番号			No.	
新生児聴覚検査の種類			自動ABRまたはABR・OAE	
振込口座	金融機関名		口座番号	
	銀行	支店	普通・当座 第 号	
	信用金庫		口座名義	
農業協同組合		(フリガナ)		
受診医療機関名				
医療機関支払金額 (A)		円		
基準額 (B)		円		
支出決定額 (A) or (B) の少ない方		円		

（市記入欄）