

様式第 1 号

加茂市新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

加茂市長 様

申請者

住 所 加茂市

氏 名

(新生児との続柄： )

電話番号

関係書類を添えて、下記のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請します。

検査実施医療機関	名称			
	所在地			
新生児氏名	ふりがな			
生 年 月 日	年 月 日			
検査に要した金額	円			
検 査 実 施 日	年 月 日			
申 請 金 額	円			
振込先口座	金融機関の名称	銀行・組合 農協・金庫		本店 支店
	預金種別・口座番号	普通・当座	口座番号	
	口座名義人	ふりがな		