**新生児聴覚検査費助成申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 乳児 | 氏　名 |  |
| 生年月日 |  |
| 医療機関名 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 振込先 | 金融機関ｺｰﾄﾞ |  | 金融機関名 |  |
| 支店ｺｰﾄﾞ |  | 支店名 |  |
| 預金種別 | 普通　・　当座 | 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 　申請額　　　金　　　　　　　　　円　上記のとおり申請します。　　　　年　　　月　　　日　　　　申請者　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ |