**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 | | | | |