

白石市新生児聴覚検査費助成申請書(償還払用)

	課長	課長補佐	係長	係
決 裁				
(ふりがな) 母氏名			母子健康手帳番号	
			生年月日	年 月 日
(ふりがな) 児氏名			生年月日	年 月 日
住 所	〒 白石市 電話番号 ()			

新生児聴覚検査を受けた月日と医療機関の名称をご記入ください。

受診日	医療機関名	金額	助成額(市で記入)
年 月 日		円	円
(確認検査) 年 月 日		円	円

検査費の振り込みに使用する口座についてご記入ください。

銀 行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号			
金融機関 コード	店舗コード					
口座名義人	(ふりがな)					

白石市長 殿

上記のとおり、新生児聴覚検査費助成の支給を申請します。

年 月 日

申請者 氏名