

白石市新生児聴覚検査費助成申請書(償還払用) <記入例>

	課長	課長補佐	係長	係
決裁				
(ふりがな) 母氏名	しろいし はなこ 白石 花子		母子健康手帳番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇
			生年月日	×年 ×月 ×日
(ふりがな) 児氏名	しろいし はな 白石 はな		生年月日	×年 ×月 ×日
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 白石市●●●● ●●●● 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			

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	●●産婦人科医院	〇,〇〇〇円	円
(確認検査) ×年 ×月 ×日	●●産婦人科医院	〇,〇〇〇円	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	× × ×		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
口座名義人	(ふりがな)しろいし はなこ 白石 花子											

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 白石 花子