



新生児聴覚検査助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 太田市長

申請者 郵便番号 ー
住 所 太田市

氏 名 印

連絡先(電話番号) ー ー

次のとおり新生児聴覚検査助成金の交付を申請します。

1 新生児聴覚検査受診児

フリガナ		性別	第何子	生年月日
氏 名		男・女	第 子	年 月 日

2 新生児の母

フリガナ		生年月日
氏 名		年 月 日

3 振込金融機関

振込金融機関名	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
銀行・信用金庫 農協・信用組合 本店・支店 店・出張所	普通 当座・貯蓄	

4 新生児聴覚検査負担額

検査年月日	医療機関名	新生児聴覚検査負担額	助成額 (市記入欄)
年 月 日		円	円

受 付