

甲州市新生児聴覚検査費用助成申請書

令和 年 月 日

甲州市長 様

住 所 千

申請者
(保護者)

氏 名 印

電 話

甲州市新生児聴覚検査実施要綱に基づき、次のとおり必要書類を添えて申請します。

保護者氏名		新生児氏名 (お子様の名前が決まっている方)	
父	(年 月 日生)	氏名 (ふりがな)	
母	(年 月 日生)	(令和 年 月 日生)	
住所 (検査日当日の住所) 甲州市			
受診 医療 機関	名称		
請求金額		円	

【助成金振込口座】

金融機関名	銀行	金庫	本店	支店
	組合	農協	支所	出張所
預金種別	普通 ・ 当座		口座番号	
ふりがな				
口座名義人				