

新生児聴覚スクリーニング検査受診料助成申請書

年 月 日

（あて名）掛川市長

住所
申請者 氏名 ⑩
電話

新生児聴覚スクリーニング検査受診料の助成を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付決定に当たり、住所の有無その他必要な事項について、市長が確認することについて同意します。

ふりがな	-----		
保護者(母)氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒 電話		
委託医療機関	名称		
	住所		
ふりがな	-----		
新生児氏名			
出産日	年 月 日		

（添付書類）

- 1 領収書又はレシートの写し
- 2 母子健康手帳
- 3 妊婦健康診査受診票（新生児聴覚スクリーニング検査受診票）