

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

（あて先）掛川市長

住 所

申請者 氏 名

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
- 2 母子健康手帳
- 3 新生児聴覚スクリーニング検査受診票