

東温市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 東温市長

申請者

住 所

氏 名

電 話

- -

次のとおり新生児聴覚検査を受診しましたので、関係書類を添えて、東温市新生児聴覚検査費用助成金の交付を申請します。

受診者氏名 (児の名前)	
生 年 月 日	年 月 日
実施医療機関名	
検査費用(初回検査)	年 月 日実施 円
検査費用(確認検査)	年 月 日実施 円
検査費用(合計)	円

市担当者確認欄

領収書 受診票 母子健康手帳 受付者 ()