

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

赤枠の2箇所をご記入ください。
申請者と同じ口座名義人をお願いいたします。

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 ()