

新生児聴覚検査費助成金申請書

年 月 日

朝来市長 様

朝来市新生児聴覚検査費助成要綱第5条の規定により、下記のとおり、新生児聴覚検査費の助成を申請します。

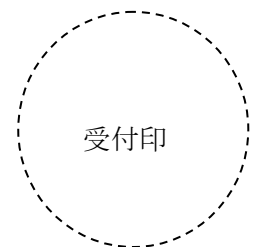
なお、新生児聴覚検査費助成手続のため、医療機関等が朝来市へ検査結果の報告をすること及び朝来市が医療機関等へ検査結果の問合せをすることを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日
	保護者氏名	Ⓜ	年 月 日
	住所	〒 朝来市 電話 ()	
検査予定医療機関等	医療機関等名 [] 所在地 (都道府県 市町村)		
申請受理年月日	年 月 日	発行番号	—

備考

- 1 太枠の中を御記入ください。
- 2 委託医療機関以外で新生児聴覚検査を受けた場合は、助成券が使用できません。その場合には、検査を受けた後に新生児聴覚検査費助成金請求書（様式第3号）により償還払を申請してください。



<職員記入欄>

助成券交付	有（交付日： 年 月 日 手渡し・郵送） 無（出産後・転出予定・その他）
-------	---