

様式第1号（第6条関係）

乳児等健康診査費助成金交付申請書

年 月 日

朝来市長 様

朝来市乳児等健康診査費助成金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり、新生児聴覚検査及び1箇月児等健康診査費の交付を申請します。

なお、乳児等健康診査費助成金交付審査に当たり、医療機関等が市長へ検査結果の報告をすること及び市長が医療機関等へ検査結果の照会を行うことを承諾します。

記

申請者	ふりがな		生年月日
	保護者氏名	(自署されない場合は記名押印してください。)	年 月 日
	住所	〒 朝来市	電話 ()
交付申請するもの (該当に☑)	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 1箇月児等健康診査		
受診予定 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	朝聴 — 朝健 —

備考

- 1 太枠内のみ記入してください。
- 2 委託医療機関以外で新生児聴覚検査及び1箇月児等健康診査を受けた場合は、助成券を使用できません。その場合には、検査を受けた後に乳児等健康診査費助成金の償還払に係る請求書（様式第4号）により償還払を申請してください。



