

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電話番号
新生児との関係

あきる野市新生児聴覚検査受診費助成金交付申請書

あきる野市新生児聴覚検査受診費助成金の交付を受けたいので、あきる野市新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

新 生 児	フリガナ			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	住 所			
医療機関名		受 診 地 (道府県名)		
受診年月日	年 月 日 (生後 日)			
費用負担額	円	助成金交付 申請額		円

添付書類

- 1 住民票の写し
 - 2 母子健康手帳の新生児聴覚検査受診記録が記載されている箇所の写し
 - 3 新生児聴覚検査を受診した医療機関の発行した領収書の写し
 - 4 使用しなかった新生児聴覚検査受診票
- ※ 1については、次の内容に同意することにより、添付を省略できます。

申請に係る審査をするため、私の住民情報について市の公簿で確認することに同意します。

年 月 日

氏名 ⑩