

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書

▲年 ○ 月 ★ 日

(あて先) 伊東市長

私は、新生児聴覚スクリーニング検査費助成金の交付について、以下のとおり申請します。

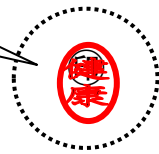
申請者名は、検査を受診した児の保護者名を記入してください。

認印(シャチハタ印以外)を押印してください。

※太線の枠内を記入のうえ、押印してください。

ふりがな	けんこう いくこ		昭和
申請者氏名	健康 育子	生年月日	3年 3月 3日 平成
住所	伊東市 大原2-1-1		
電話	(0557) 36 - 0111		
出産年月日	○年 ■月 ◎日	児氏名	健康 育男
	検査日	申請額	児1人あたり助成限度額
新生児聴覚スクリーニング検査	○年 ■月 □日	——円	自動ABR4,700円・OAE2,100円
審査に必要な公簿の閲覧に同意 <input checked="" type="radio"/> します <input type="radio"/> しません (いずれかに○をしてください) (同意がない場合は、住民票の添付が必要になります。)			

捨印を押印してください。



市処理欄

住民登録日
母子手帳交付日
転出年月日

年 月 日
年 月 日
年 月 日

交付決定額 円