

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書

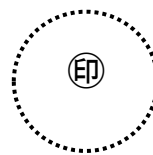
年 月 日

(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。

※太線の枠内を記入のうえ、押印してください。

ふりがな			昭和 年 月 日 平成
申請者氏名	⑩		
住所	伊東市		
電話	() -		
出産年月日	年 月 日	児氏名	
	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 します 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。)			



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