

別記様式第1号（第6条関係）

年 月 日

小平市長 殿

申請者

住所

氏名

新生児氏名

電話番号

()

小平市里帰り等新生児聴覚検査費助成金交付申請書

里帰り等新生児聴覚検査費助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

助成対象検査	受診年月日	医療機関等の名称	受診地 (都道府県名)	負担費用額
新生児聴覚検査	年 月 日			円

（添付書類）

- 1 使用しなかった新生児聴覚検査受診票
- 2 里帰り新生児聴覚検査を受診した医療機関等の発行した領収書・明細書（原本）
- 3 母子健康手帳の里帰り新生児聴覚検査及び新生児聴覚検査の受診記録が記載されている部分の写し
- 4 その他（ ）

この申請の内容について、市長が医療機関等に確認することに同意します。

氏名 (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。