

大和市新生児聴覚検査費用助成申請書

こども部 すくすく子育て課

母	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
児	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
検査を受けた施設		出産した施設	同左・()	
検査年月日		年 月 日		
医療機関名及び所在地		別紙領収書のとおり		
申請理由		県外受検 助産院 補助券額未満 その他()		
支給申請額		円		
<p>大和市長 あて 年 月 日</p> <p>上記のとおり、新生児聴覚検査費用の助成を申請します。</p> <p>住所 〒 -</p> <p>申請及び請求者 氏名</p> <p>電話 ()</p>				

●大和市処理欄

受理日	年 月 日	受付者	
来所者	本人 ・ 配偶者 ・ 郵送 ・ その他()		
訂正箇所	訂正確認日	相手方氏名	訂正箇所 対応職員名

担当	係長	課長