

# 大和市新生児聴覚検査費用助成申請書



部分をご記入してください。

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 補助券額未滿 その他( )
支給	円
申請額	

記入しないでください

大和市長 あて 年 月 日

上記のとおり、新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

住所 〒 -

申請及び請求者 氏名

電話 ( )

申請者名、口座名義、請求者名はすべて母の名前にしてください

### ●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

記入しないでください

担当	係長	課長