

様式第1号（第5条関係）

小松島市新生児聴覚検査費助成申請書

小松島市長 様

申請日 年 月 日

(申請者)

住 所

氏 名

印

続 柄

電話番号

下記のとおり、新生児聴覚検査費の助成をして頂きますよう申請いたします。

助成申請額 _____ 円

受 診 日	
フリガナ 乳児氏名	
生 年 月 日	
住 所	※申請者と異なる場合のみ記入

- 【添付書類】
- 1 新生児聴覚検査を受けた医療機関発行の領収書
 - 2 新生児聴覚検査の結果を記載した母子健康手帳