

新生児聴覚スクリーニング検査費助成申請書

袋井市長

記入をしないで
ください

年 ~~×~~ 日

袋井市に住所を有
する保護者の氏名等
を御記入下さい

申請にお越しいただいた際
に、領収書を確認して記載
しますので、記入をしない
でください

申請者 住所 袋井市久能 1-1-1
氏名 袋井 太郎
電話 0538-55-5555

袋井市新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第 6 条の規定により、検査費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

検 査 に 要 し た 費 用		× 円
検査を受けた医療機関	名 称	健康マタニティクリニック
	住 所	袋井市久能 2-2-2
検 査 を 受 け た 日		平成 2 9 年 4 月 1 日
検査を受けた者	氏 名	袋井 花子
	生 年 月 日	平成 2 9 年 4 月 1 日

申請時お名前が決まってい
ない場合には、生年月
日のみ御記入下さい