

様式第4号(第6条関係)

新生児聴覚スクリーニング検査費助成申請書

年 月 日

袋井市長

申請者 住所
氏名
電話

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 | |
| | 住所 | |
| 検査を受けた日 | | 年 月 日 |
| 検査を受けた者 | 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |