

様式第 1 号(第 6 条関係)

年 月 日

雲南市長 様

申請者 住所

氏名

電話 () -

雲南市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

雲南市新生児聴覚検査費用助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、雲南市新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので下記のとおり申請します。

記

児 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日		
児 の 住 所	〒		
医 療 機 関	名 称		
	所 在 地		
聴 覚 検 査 実 施 日	年 月 日		
聴 覚 検 査 費 (a)	円		
申請額(a)×1/2	円 ※上限 3, 0 0 0 円		

(注) 太枠内を記入してください。

【添付書類】

- ☐ 医療機関等の発行した聴覚検査費に係る領収書
- ☐ 聴覚検査の実施が証明できる書類(母子健康手帳の写し等)
又は新生児聴覚検査実施済証明書 (様式第 2 号)
- ☐ その他市長が必要と認める書類

受付印 (受理月日)