

茅ヶ崎市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 茅ヶ崎市長

新生児聴覚検査費用の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

ふりがな		産婦の 生年月日	年 月 日
産婦氏名		母子健康 手帳番号	
住所			
電話番号	()		
ふりがな		子の 生年月日	年 月 日
子の氏名			
検査種別	A A B R ・ A B R ・ O A E	受検日	年 月 日
助成額		申請額	
<input type="checkbox"/> A A B R ・ A B R 3,000円 <input type="checkbox"/> O A E 1,500円		¥	
申請の理由	1 検査実施医療機関外の新生児聴覚検査 2 補助券の額面未満の新生児聴覚検査 3 その他 ()		

職員 記入欄	申請受付番号 ()	対応職員:
	【本人確認書類】 <input type="checkbox"/> 運転免許証(経歴) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード(特) <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険の資格確認書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	<input checked="" type="checkbox"/> 住定日確認済 (受検日に産婦が茅ヶ崎市民であったことを住基で確認する。)	