様式第１号(第９条関係)

　　年　　月　　日

美里町長　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　美里町

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

母子手帳No．

　　　　　　　　　　　　　　　　対象児　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出生日　　　年　　月　　日

新生児聴覚検査助成事業申請書

次のとおり新生児聴覚検査を受けましたので、美里町新生児聴覚検査助成事業実施要綱第９条の規定により申請します。

　新生児聴覚検査受診状況及び助成申請額

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検査日 | 検査に要した費用 | 助成申請額  （検査に要した  費用と助成限度額のいずれか低い額） |
| 年 　月 　日 | 円 | 円 |

　新生児聴覚検査実施医療機関等

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 電話( 　 ) 　 - |