

第3号様式（第9条第1項関係）

白井市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

白井市新生児聴覚スクリーニング検査実施要綱第8条第1項の規定により助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 (保護者)	住所	
	氏名	
	電話番号	()
乳児	氏名	
	生年月日	年 月 日
助成申請額		円

- ※ 添付書類 母子健康手帳の写し
医療機関等の領収書
使用しなかった新生児聴覚スクリーニング検査受診票
振込先金融機関等の預金通帳等の写し