

記入例

別 記

第 1 号様式（第 6 条）

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

日付は空欄

（あて先）印西市長

印西市新生児聴覚スクリーニング検査実施要綱第 6 条第 4 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	印西市大森〇〇〇〇-〇〇
	氏 名	印西 花子
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇〇-〇〇〇〇
対象者	氏 名	印西 太郎(子の氏名)
	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
助成申請額	空欄 円	

※ 添付書類 聴覚検査に係る医療機関が発行した領収書
母子健康手帳の写し
使用しなかった受診票

審査の結果、助成の対象にならない費用もありますのであらかじめご了承ください。
例：保険適用されている新生児聴覚スクリーニング検査の費用 など