



八王子市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

八王子市長 殿

新生児聴覚検査費用の助成について、下記のとおり申請します。

〒 ー

申請者住所

(産婦) フリガナ

氏 名 印

電話番号

代理人の場合

氏名(乳児との続柄)	続柄()
------------	-------

対象者 (乳児)	氏 名		生年月日	令和 年 月 日
	住 所	八王子市		
医 療 機 関 名				
検 査 日 及 び 児 の 日 齢		令和 年 月 日 (生後 日)※生後50日以内		
検査日の産婦住所		八王子市		
産 婦 氏 名		生年月日	昭和 平成	年 月 日
領 収 額		円	助 成 額	円

《事務処理欄》

- ☐ 未使用の新生児聴覚検査受診票
- ☐ 医療機関が発行した領収書の写し(新生児聴覚検査実施の確認)
- ☐ お振込先口座の確認
- ☐ 母子健康手帳(新生児聴覚検査状況の確認)
- ☐ 印鑑(浸透印・スタンプ印は使用不可)
- ☐ 住民基本台帳確認(転入確定日)

【受付窓口】

☐ こども家庭センター大横 ☐ こども家庭センター東浅川 ☐ こども家庭センター南大沢

受付印

八
子
家
聴

