

(郵送申請用)

伊丹市新生児聴覚検査費助成券交付申請書

伊丹市長様

下記のとおり新生児聴覚検査について助成金の支給を申請します。

助成金の支給に代えて新生児聴覚検査費助成券の交付を申請します。

太枠内をご記入ください

助成券発行番号【 】		申請年月日	年 月 日
住 所	〒664－ 電話 （ ） 伊丹市		
ふりがな		生年月日	年 月 日 （ ）歳
妊婦又は産婦 氏名			
出産(予定)日	年 月 日	分娩(予定) 医療機関	

※別紙の伊丹市新生児聴覚検査費助成制度について説明を受け、助成券を受け取りました。

また、審査のため、伊丹市が申請者の公簿を閲覧することに同意します。

妊婦又は産婦との続柄

署名 ()

助成券交付 担当者	