（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－ 伊丹市	電話　　（　　）	
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	

職員記入欄

妊婦健康診査費助成券の説明を電話にて実施。

令和　　年　　月　　日　　電話説明者

助成券交付 担当者