

様式第4号 (第9条関係)

伊達市新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

(宛名) 伊達市長

申請者

住 所
氏 名
電 話

印

伊達市新生児聴覚検査事業実施要綱第9条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査の助成について申請します。

受診者氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日 (歳)																
受診者 住所 電話番号	町		番地 電話 ()																
保護者氏名																			
受診病院		受診日																	
検査結果	右【パス ・ リファア】		左【パス ・ リファア】																
判定	正常 ・ 要確認検査【右・左 リファア】																		
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫	口座種別																
	支店名	本店・支店	口座番号																
	フリガナ																		
	口座名義人																		

市確認欄

- 住民基本台帳
- 母子健康手帳
- 自己負担分検査費用領収書
- その他市長が必要と認める書類

.....