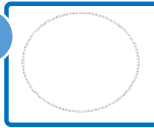


② 新生児聴覚検査用

第4号様式

4



八王子市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

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。

1

申請者住所 _____
 (保護者) フリガナ _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

代理人の場合

氏名(乳児との続柄) _____ 記入不可 _____ 続柄() _____

2

対象者 (乳児)	氏 名	_____	生年月日	年 月 日
	住 所	八王子市		
医 療 機 関 名		_____		
検 査 日 及 び 児 の 日 齢		年 月 日 (生後 _____ 日) ※生後50日以内		

3

検査日の産婦住所	八王子市			
産 婦 氏 名	_____	生年月日	年 月 日	
領 収 額	_____	記入不可	成 額	_____ 円

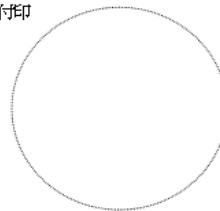
《事務処理欄》

- 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】

- 大横保健福祉センター 東浅川保健福祉センター 南大沢保健福祉センター

受付印



青ワク内のみ、記入してください

1

申請者は保護者です

八王子市内の住民登録している住所
市外転出済みの場合は、転出先住所

2

乳児の氏名・生年月日・住所
医療機関名
検査日および児の日齢(生まれた日を
0日とする。)

3

検査日の産婦の住所(住民登録地)・氏
生年月日

4

点線〇内に押印
朱肉をつけて押印
浸透印(スタンプ印)は不可