

記入例

黒枠内の 部分のみご記入ください。

様式第1号
(第5関係)

新生児聴覚検査費助成事業申請書

令和 年 月 日

盛岡市長 様

申請者は産婦さんです。
盛岡市の住所をご記入ください。
(転出先等の、盛岡市以外の住所は記入しない。)

携帯電話をお持ちの方は、自宅と
携帯電話、どちらもご記入ください。

申請者 住所 〒	—
	盛岡市
氏名	
	(新生児との関係:)
生年月日	年 月 日
電話	—

新生児聴覚検査費助成事業助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、下記により申請します。

交付申請額	金額は記入しない。	
一時滞在先	〒 —	
	方 電話 — —	
受検した 医療機関等	名称	
	所在地	電話 — —

○申請内容 (新生児聴覚検査 初回検査)

受診児氏名		生年月日	令和 年 月 日
検査日	令和 年 月 日	申請額	円

※ 盛岡市記入欄	(承認 ・ 不承認)		
	決定年月日	年 月 日	
	助成金額	円	