

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 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	円	
一時滞在先	〒 - 方 電話 - -	
受診した 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	年 月 日
検査日	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	