

様式第1号（第4条関係）

富士見市委託外医療機関新生児聴覚スクリーニング検査補助金交付  
申請書

年 月 日

（宛先）富士見市長

申請者

住 所

氏 名

電話番号

富士見市委託外医療機関新生児聴覚スクリーニング検査補助金の交付を受けたい  
ので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、下記のとおり申請  
します。

記

1 交付申請額 円

2 検査の実施状況

住 所	富士見市	
保護者氏名		
受 検 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
検査実施日	年 月 日	
医療機関又は助産所名		

3 添付書類

- (1) 母子健康手帳の写しその他検査の実施状況を確認することができる書類
- (2) 領収証その他検査名が記載された支払を証する書類
- (3) 使用していない助成券