

第18号様式（表）（第8条）

新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

府中市長

申請者（保護者） 住 所

氏 名

被受診者（児）との続柄

新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。
なお、当該助成金の交付に当たり、市が住民基本台帳等の公簿を確認すること
について同意します。

被受診者（児） の氏名		生年月日	年 月 日
住 所	府中市		
電 話 番 号	— —		

※ 裏面も記入してください。

受付日付印	受付者

第18号様式（裏）

新生児聴覚検査費用助成金の交付を申請する新生児聴覚検査について、受診日並びに受診した機関が所在する都道府県及び受診機関名を記入してください。

受診日	受診した機関が所在する 都道府県及び受診機関名		実際の 支払額	助成額	未使 用受 診票
	都道府県	受診機関名			
年 月 日					