

今治市新生児聴覚検査費助成申請書

年 月 日

（宛先）今治市長

申請者

住所

氏名

電話 （ ） ー

（受診票を使用せず・県外医療機関で）受診したので、関係書類を添えて、今治市新生児聴覚検査の助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

助成金交付申請額 金 _____ 円

| 助成対象検査 | 検査日 | 助成申請額 |
|--------|-----|-------|
| 初回検査 | 月 日 | 円 |
| 確認検査 | 月 日 | 円 |

助成申請額は、実際に健康診査に要した費用の額とする。

ただし、今治市妊産婦乳児健康診査実施要綱別表の限度額を上限とする。