

みどり市長 様

## みどり市新生児聴覚検査補助金交付申請書

下記のとおり、みどり市新生児聴覚検査補助金の交付を申請します。  
また、この申請に関し、審査に必要な情報の照会がされることを承諾します。

## 記

ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
申請者住所	みどり市 町
電話番号	
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産を予定しているため <input type="checkbox"/> その他（ ）
受診予定 医療機関名	
受診予定 医療機関所在地	都道府県 市区
出産予定日 (子の生年月日)	年 月 日

市役所 処理欄	申請受理日	年 月 日	受付番号	
	交付決定日	年 月 日 ( 交付・不交付 )	交付決定番号	