

年 月 日

申請者 住所
氏名 印
電話番号

新生児聴覚検査費助成請求書

これは、 年 月 日付第 号をもって支給決定のあった、「新生児聴覚検査費助成」
として、下記のとおり請求します。

記

1 新生児聴覚検査費助成請求額

一金 _____ 円也

2 添付書類

- ・新生児聴覚検査費助成金支給決定書の写し