

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者 住 所 鶴ヶ島市

氏 名

電話番号

鶴ヶ島市新生児等聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書

鶴ヶ島市新生児等聴覚スクリーニング検査費助成金の交付を受けたいので、鶴ヶ島市新生児等聴覚スクリーニング検査費助成金交付要綱第6条の規定により次のとおり申請します。

検査を受けた 新生児等	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
検査実施 医療機関		
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応（自動ABR） <input type="checkbox"/> 耳音響放射（OAE）	