

天草市新生児検査費助成申請書兼委任払申請書

年 月 日

天草市長 様

新生児検査費について委任払による助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申 請 者	
住 所 天草市	
保護者氏名	母子健康手帳No. (発行番号)
新生児氏名	新生児 生年月日 年 月 日
電話番号	
私が天草市より支払いを受ける助成金の受領は、下記の指定医療機関に委任します。	
受 任 者（指定医療機関）	
医療機関所在地	
医療機関名	
代表者名	

（備考） 太枠の中をご記入の上、新生児検査受診票を添付し、新生児検査を受けた指定医療機関へ提出してください。

（申請に必要な書類） ・新生児聴覚スクリーニング検査結果票（様式第1号） ・新生児マス・スクリーニング検査結果票（様式第2号）

申請受理年月日