

平塚市新生児聴覚検査費用補助券交付申請書

母子健康手帳No. _____

妊婦、産婦又は 対象児の氏名	
出産予定日もしくは 対象児の生年月日	年 月 日
住所	平塚市 電話番号
通院予定 医療機関名	(未定の場合は空欄で構いません)
申請理由	1 紛失 2 損傷 3 転入 4 その他 ()
上記により平塚市新生児聴覚検査費用補助券の交付について申請します。 年 月 日 平塚市長 宛て 申請者氏名 対象児との続柄	

(注) 1 申請理由のうち、該当するものを○で囲むこと。

2 申請理由が2の損傷である場合は、損傷した受診票を平塚市健康課
(平塚市保健センター 電話55-2111)に返却すること。