様式第2号（第6条関係）

宇美町新生児聴覚検査受診券交付申請書兼受領書

宇美町長

年　　月　　日

 　　　　申請者　 住所　宇美町

　　　　　　　　　　 　 　　　　　　　 氏名

 電話

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　新生児との続柄

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　母子健康手帳番号

以下のとおり、新生児聴覚検査受診券の交付を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 新生児氏名 |  | 生年月日（出産予定日） | 年 月 日 |
| 住民票のある住所 | 宇美町 |
| 申 請 理 由 | １．転入２．紛失３．汚損４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注）１．申請理由のうち、該当するものを○で囲んでください。

　　　２．申請理由が１の転入で、前市町村が交付した未使用の受診券がある場合は、宇美町が回収します。

　　　３．申請理由が３の汚損である場合は、汚損した受診券を宇美町へ返却してください。

宇美町長　様

　　新生児聴覚検査受診券を受領いたしました。

　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名