

## 篠栗町新生児聴覚検査受診券交付申請書兼受領書

篠栗町長 様

年 月 日

次のとおり、新生児聴覚検査受診券の交付を申請します。

申請者氏名		生年月日 (出産予定日)	年 月 日
電話番号		母子健康手帳番号	
住所	篠栗町		
申請理由	1. 新規 2. 転入 3. 紛失 4. 汚損 5. 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2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、篠栗町が回収します。

3. 申請理由が4の汚損である場合は、汚損した受診券を篠栗町へ返却してください。

篠栗町長 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 \_\_\_\_\_