

新生児聴覚検査補助券破損・紛失申出書

令和 年 月 日

申請者 住所
氏名

新生児聴覚検査補助券を破損・紛失しましたので下記のとおり申し出ます。

記

- 1 新生児 氏 名
生年月日
- 2 受診医療機関
- 3 検査日
- 4 理 由 破損 ・ 紛失 のため

※ 検査費用の一部について支給を受けた者が虚偽その他不正の行為により支給を受けたと認めるときは、支給した金額の全額を返還します。

新生児聴覚検査補助券が発見された場合は、直ちに市に返還します。

新生児聴覚検査補助券に関し、市が医療機関及び市の関係機関等に照会することに同意します。