

電子申請済書

江戸川区 新生児聴覚検査受診費助成金申請

受付番号	
電子申請日	年 月 日
フリガナ	
申請者氏名	
申請者住所 (住民票上)	江戸川区

電子申請日から1か月以内に次の書類を所管部署へ郵送または持参してください。

- ① 必要事項を記入した「電子申請済書」※切り取り線で切り離してください。
- ② 未使用の受診票（原本）

【所管部署】

〒132-8507

江戸川区中央 4-24-19（江戸川保健所内）

江戸川区健康部健康サービス課庶務係

新生児聴覚検査受診費助成金担当 宛

----- 切 り 取 り -----

切り取り線以下は、郵送する際に封筒の宛名としてご使用ください。

〒132-8507

江戸川区中央 4-24-19（江戸川保健所内）

江戸川区健康部健康サービス課庶務係

新生児聴覚検査受診費助成金担当 宛