

申請日 年 月 日

記載方法  
※鉛筆及び消えるボールペン不可

# 検査費用助成金申請書

新生児聴覚検査費用助成金を申請します。助成金は、下記の口座に振り込んでください。なお、申請に対し市が請求内容等を医療機関に確認することに同意します。

申請者兼請求者	ふりがな		産婦の生年月日です	年 月 日
	産婦氏名			
対象児	住所	〒	必ず連絡のつく番号を記載してください	電話番号
	ふりがな			生年月日 年 月 日
検査等	氏名			年 月 日
	住所 ※産婦と住所が異なる場合記入	〒	出生病院と同じ病院である場合も、記載してください。	出生病院
検査等	検査病院			検査日 年 月 日
	検査内容	AABR ・ ABR ・ OAE		結果 PASS ・ REFER

(領収書)	市記入欄			金額
年 月 日			円	

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店	種別	1 普通 2 当座
	口座番号	(口座番号は右詰め記入)			
	フリガナ(必須)				
	口座名義				

※振込 産婦との関係を記載してください。例：夫、母 など 場合は、以下の委任状の記入が必要です。

委任状

私は、本件に係る助成金の支取の者に委任します。

申請日と同じ日を記入してください

〔続柄： 〕 住所：

令和 年 月 日 産婦氏名： ・スタンプ印不可 印

注1) 新 市記入欄 金額と

注2) 明細書をお持ちの方は、領収書と一緒に明細書も持参してください。

注3) 振込額は、後日、決定通知書にてお知らせします。なお、お振込みは申請の翌月末を予定しています。