様式第２号（第１１条関係）

申請日　　　　年　　月　　日

新生児聴覚検査費用助成金申請書

小田原市長様

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。

産婦の生年月日です

必ず 連絡のつく番号を
記載してください

出生病院と同じ病院である場合も、記載してください。

申請者兼請求者	ふりがな			
	産婦氏名		生年月日	年　　月　　日
	住所	〒	電話番号	
対象児	ふりがな			
	氏名		生年月日	年　　月　　日
	住所 ※産婦と住所が異なる場合記入	〒	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(右)	PASS　・　REFER
			結果(左)	PASS　・　REFER

助成申請額(A)	円	助成限度額(B)	円
助成決定額（(A)ー対象外費用と(B)でいずれか少ない額）※市記入	市記入欄　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)	
	ﾌﾘｶﾞﾅ(必須)			
	口座名義			

※振込先の口　　　以下の委任状の記入が必要です。

産婦との関係を記載して
ください。　例：夫、母 など

状

私は、本件に係る助成金の　　　　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

対応者：

市記入欄

注1)　新生児聴覚検査以
そのた

注2)　

注3)　　　　す。

母 「表紙」 出生届出済証 ページ						書 可) ※なくても可