

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。

申請者兼請求者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	産婦氏名			
	住所	〒	電話番号	
対象児	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			
	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)	3,000円
助成決定額（(A)－対象外費用と(B)でいずれか少ない額）※市記入				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				

※振込先の口座名義を申請者(産婦)以外の方とする場合は、以下の委任状の記入が必要です。

<b>委任状</b>	
私は、本件に係る助成金の受領を以下の者に委任します。	
口座名義氏名：	〔続柄： 〕 住所：
.....	
令和 年 月 日	産婦氏名： 印
.....	

**対応者：**

- 注1) 新生児聴覚検査以外の文書料等該当しないものは、助成の対象になりません。そのため、領収書等の金額と決定額が異なる場合があります。  
 注2) 明細書をお持ちの方は、領収書と一緒にその明細書もお持ちください。  
 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。

(市確認欄)

母子健康手帳のコピー	検査の記録	未使用の新生児聴覚検査費用補助券	領収書(原本)	領収書(コピー)	預金通帳等の写し	診療明細書(コピー可) ※なくても可
「表紙」またはP1. 出生届出済証明のページ						