

藤沢市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

藤沢市長

藤沢市新生児聴覚検査費用助成金交付要綱第4条の規定により、新生児聴覚検査費用の助成を次のとおり申請・請求します。

交付が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。

口座名義人が申請者（請求者）と異なるときは、口座名義人に助成金の受領を委任します。

なお、助成金の交付に関して必要な情報について、市長が調査、取得、利用することについて同意します。

申請者 (請求者) ※保護者	フリガナ				検査を受けた者から見た続柄
	氏名				父・母・()
	住所	〒			
	電話番号	()			
検査を受けた児	フリガナ				検査実施機関
	氏名				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ			
	生年月日	年 月 日			
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等で、県内の実施機関で受検することが困難だったため <input type="checkbox"/> 検査費用が費用補助券の金額に満たなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()				
検査実施日	年 月 日	検査種別	<input type="checkbox"/> 自動ABR (AABR) (自動聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> ABR (聴性脳幹反応検査) <input type="checkbox"/> OAE (耳音響放射検査)		
※生後6か月以内に実施した検査が対象です					

支払額 (検査費用)	円	申請額	円
---------------	---	-----	---

〈申請額の上限〉
 自動ABR(AABR)、ABR：3,000円
 OAE：1,500円
 ※上限を超える金額は申請できません。
 ※助成金を申請できる検査は1件のみです。

【助成金振込先口座】

金融機関	銀行 信用金庫 農業協同組合 () 【店番号				本店 支店 ()	□座名義人と請求者が異なる場合 請求者からみた続柄						
種別	普通	□座名義	フリガナ			□座番号						
	当座											

【市役所事務処理欄】

提出書類 領収書の写し 新生児聴覚検査費用補助券（未使用のもの）
 母子健康手帳の写し（新生児聴覚検査の結果が記載された、「検査の記録」のページ）

申請受理年月日	(交付・不交付)決定年月日(請求日)	交付決定額(請求額)
		<input type="checkbox"/> 申請金額のとおり
		<input type="checkbox"/> 円
備考		
課名		管理番号