

様式第 1 号（第 4 条関係）

朝霞市新生児聴覚スクリーニング検査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

朝 霞 市 長 宛

私は、該当する児が以下のとおり新生児聴覚スクリーニング検査を受検したので、朝霞市新生児聴覚スクリーニング検査補助金交付要綱第 4 条に基づき必要書類を添え補助金の交付を申請します。補助金については、以下の口座へ振り込んでください。

なお、私は、この申請に基づく補助金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市が受検した医療機関に問い合わせることに同意します。

|         |       |                                      |      |       |
|---------|-------|--------------------------------------|------|-------|
| 申請者     | フリガナ  |                                      | 生年月日 | 年 月 日 |
|         | 保護者氏名 |                                      |      |       |
|         | 現住所   | 〒 電話 — —<br>(受検日現在の住民登録地が上記と異なる場合： ) |      |       |
|         | フリガナ  |                                      | 生年月日 | 年 月 日 |
|         | 児の氏名  |                                      |      |       |
| 受診医療機関名 | (名 称) |                                      |      |       |
|         | (所在地) |                                      |      |       |

| 区 分     | 検査内容                     | 上限単価                       | 件数 | 日付    |
|---------|--------------------------|----------------------------|----|-------|
| 新生児聴覚検査 | 自動A B R<br>( )はR 6 年度の金額 | 5, 0 0 0 円<br>(3, 0 0 0 円) | 件  | 年 月 日 |
|         | O A E                    | 1, 5 0 0 円                 | 件  | 年 月 日 |

(注 1) この申請書に次の書類を添付してください。

①検査費用を証明する書類・領収書・診療明細書（医療機関から渡されている場合のみ）

②検査項目・結果が分かる書類（結果の記載された助成券等）

③未使用となった助成券（朝霞市発行のもの）

(注 2) 補助金交付申請は、検査実施日から起算して 1 年以内に申請してください。

|       |               |          |  |  |  |  |  |       |              |  |
|-------|---------------|----------|--|--|--|--|--|-------|--------------|--|
| 金融機関名 | 銀行・農協<br>信用金庫 |          |  |  |  |  |  |       | 本店・支店<br>出張所 |  |
| 預金種別  | 普通<br>当座      | 口座<br>番号 |  |  |  |  |  | 口座名義人 | ※カナ書き        |  |

※申請者以外の方（代理人）の口座に振込みを希望する場合は、委任状が必要になります。

受付.....