

# 記入見本

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

申請日を記入してください。

**太枠の中のみ、ご記入ください。  
※訂正する場合は、二重線を引き訂正してください。**

〇〇年〇〇月〇〇日

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	アサカ ハナコ	生年月日	△△年 〇〇月 ▽▽日
	保護者氏名	朝 霞 花 子		
現住所	〒351-0011 朝霞市本町1-7-3		電話 〇〇〇 - △△△ - □□□□	
	(受検日現在の住民登録地が上記と異なる場合： )			
フリガナ		アサカ サイカ	生年月日	△△年 〇〇月 ▽▽日
児の氏名		朝 霞 彩 夏		
受診医療機関名	(名称) 〇〇産婦人科医院		申請時、市外へ引っ越している場合、 受診日時点の朝霞市の住所をご記入ください。	
	(所在地) 〒000-0000 〇〇県□□市△△△△△			

申請時の住所をご記入ください。

必ず連絡が取れる電話番号をご記入ください。

区 分	検査内容	上限単価	件数	日付
新生児聴覚検査	自動ABR ( )はR6年度の金額	5,000円 (3,000円)	件	年 月 日
	OAE	1,500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

(注2) 補助金

ゆうちょ銀行の口座に振込みを希望される場合、支店名等は通帳1ページ目下段に記載されている、「店名」(漢数字3桁)、「口座番号」をご記入ください。

金融機関名	△ △ △		銀行・農協 信用金庫							本店・支店 出張所	
預金種別	普通 当座	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義人	※カナ書き アサカ ハナコ

※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.....