

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 — — (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ABR	5,000円	件	年 月 日
	OAE	1,500円	件	年 月 日

※金額は扶助の上限額です。

(注) この申請書に次の書類を添付してください。また、補助金交付申請は、受診日から起算して1年以内に申請してください。

①母子健康手帳 ②領収書の原本・診療明細書（医療機関から渡されている場合のみ）

③新生児聴覚スクリーニング検査助成券

※受診（検）医療機関で検査日・検査内容・結果・医療機関名等を記載してもらってください。

※助成券に記載のない場合は、検査日・検査内容・結果等が記載された書類等

④振込先口座が確認できるもの（通帳等）

※委任状（受診者以外の方（代理人）の口座に振込みを希望する場合は、委任状が必要です。印鑑もお持ちください。）

⑤本人確認できるもの（マイナンバーカード等）

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					口座名義人 ※カナ書き

受付.....