

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	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（受検先及び検査実施日が明記された領収書、レシート等）
- 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 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

※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.....