

藤沢市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

2020年 0月 0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)	フリガナ	フジサワ ハナコ	検査を受けた者から見た続柄
	氏名	藤沢 花子	父・母・()
※保護者	住所	〒 251-8601 藤沢市朝日町1-1	現住所については、申請時の住民票の住所を記入してください (市外でも可)。
	電話番号	090 () () () () () ()	
検査を受けた児	フリガナ	フジサワ ジロウ	検査実施機関
	氏名	藤沢 次郎	〇〇病院
	住所	■ 申請者に同じ	
	生年月日	2020年 0月 0日	その他の場合は、()内に理由を記入してください。
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 里帰り出産等で、県内の実施機関で受検できなかった <input type="checkbox"/> 検査費用が費用補助券の金額に満たなかった <input type="checkbox"/> その他 ()		
検査実施日	2020年 0月 0日	検査種別	<input checked="" 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)

支払額 (検査費用)	5,000 円	申請額	3,000 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	藤沢 銀行	藤沢 本店	口座名義人と請求者が異なる場合 請求者からみた続柄
	信用金庫 農業協同組合	支店	
	()	()	夫
	【店番号 123】		口座名義人と請求者が異なる場合は、続柄を記入
種別	普通	フリガナ	夫
	当座	フジサワ タロウ	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義	藤沢 太郎	夫の口座も可
			口座番号

【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)
		3,000 円
備考	新生児聴覚検査費用補助券は3枚1組すべてが必要です。	
課名	管理番号	