

三田市新生児聴覚検査費助成金申請書兼請求書

(補助金等交付申請書)

三田市長様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請します。

なお、この申請に係る審査として、三田市が医療機関等へ受診内容の照会をすること、世帯全員の課税及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

申請年月日	令和 年 月 日			
新生児 (受検した児)	フリガナ			生年月日
	氏名			R 年 月 日生
	住所	〒 -		
請求者 (保護者)	フリガナ			生年月日
	氏名			S・H 年 月 日生
	住所 (児と異なる場合)	〒 -		
	電話番号	-	-	新生児との 続柄 父・母・その他()
請求金額 (助成申請額)	円			助成金額 <職員記入欄>
	※R6.3.31以前に生まれた児は上限3,000円、 R6.4.1以後に生まれた児は上限5,000円			円
上記の助成金については、次の口座に振り込みを依頼します。なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領を委任します。				
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協	支店名	本店・支店・出張所
	種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

(注意)

- 上記の太枠内のみご記入ください。
- この請求書に次の書類を添付して提出してください。
 - 医療機関の領収書及び診療明細書(原本)
 - 母子健康手帳(検査結果等の記載があるもの)の写しまたは検査結果がわかるもの
 - 世帯調書
 - 世帯全員の所得を証明する書類(市民税・県民税所得課税証明書、非課税証明書など)
※(4)は同意により省略できる場合があります

<職員記入欄>

申請受理年月日	令和 年 月 日	受付番号	承認番号
検査方法	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> その他()		
検査結果	<input type="checkbox"/> パス (Pass) <input type="checkbox"/> 再検査 (Refer)		
備考			