

三田市新生児聴覚検査費・1か月児健康診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 1か月児健康診査費の助成を申請します。
なお、この申請に係る審査のため、三田市が医療機関等へ検査・健診内容の照会をすること、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

申請年月日	令和 年 月 日			
子 (検査・健診を受けた児)	フリガナ		生年月日	
	氏名	(多胎の場合 2人目)	R 年 月 日	
	住所	〒 -		
請求者 (保護者)	フリガナ		生年月日	
	氏名		S・H 年 月 日	
	住所 (児と異なる時)	〒 -		
	電話番号	- -	児との続柄 父・母・その他()	
新生児聴覚 請求金額① (助成申請額)	初回検査日 <input type="checkbox"/> R8.4.1以降	<input type="checkbox"/> 初回検査: 上限5,000円 <input type="checkbox"/> 確認検査: 上限5,000円 円	(助成券交付) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<職員記入欄> 助成金額 合計①+② 円
	初回検査日 <input type="checkbox"/> R8.3.31まで	<input type="checkbox"/> 初回検査: 上限5,000円 円	(助成券交付) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
1M請求金額② (助成申請額)	<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査費: 1人あたり上限6,000円 円		(助成券交付) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
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。 令和 年 月 日 保護者氏名:				
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協 金融機関番号()	支店名	本店・支店・出張所 店番号()
	種別	普通・当座		口座番号
	フリガナ			
	口座名義人			

(注意) 1 上記の太枠内のみご記入ください。

2 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・健診結果等の記載があるもの)の写しまたは検査・健診結果がわかるもの
- 各助成券発行済の方のみ、未使用の助成券、1か月児健康診査問診票
- 銀行口座が確認できるものの写し

<職員記入欄>

(保護者住民確認) 検査日・健診日および申請日 両方 <input type="checkbox"/>	(領収書) <input type="checkbox"/>	(口座確認) <input type="checkbox"/>
聴覚検査 申請 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	助成券添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	結果の写し <input type="checkbox"/>
1M健診 申請 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	助成券添付・問診票 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	結果の写し <input type="checkbox"/>

(令和8年4月1日以降申請用)