

酒田市長 宛

令和 年 月 日

新生児聴覚検査、産婦健康診査及び 1 か月児健康診査費用助成金支給申請書兼請求書

《申請者》

住 所 酒田市

氏 名

印

電 話（日中連絡先）

下記について確認・同意の上、検査費用及び健康診査費用助成金を申請します。

○この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、確認をさせていただくことがあります。

○以下の場合には本市からの助成金の支給対象になりません。また本市からの助成金の給付後にそのことが判明した場合等は、本市より支給した助成金を返還していただきます。

- ・本申請分の検査、健診費用について、他の自治体から費用の助成を受けている場合
- ・申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合

《申請額内訳》

※(A)と(B)の少ない額

産婦氏名		生年月日	S・H	年	月	日
新生児氏名		生年月日	R	年	月	日
検査・健康診査名 <input checked="" type="checkbox"/> を記入	医療機関名	受診日	検査料金 (A)	上限額 (B)	申請額 ※	
新生児聴覚検査 (初回検査)		R 年 月 日	円	3,500 円	円	
1 か月児健康診査		R 年 月 日	円	4,000 円	円	
産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 産後 2 週間 <input type="checkbox"/> 産後 1 か月		R 年 月 日 R 年 月 日	円 円	5,000 円 5,000 円	円 円	
				計	円	

《振込先》

金融機関名	銀行・金庫・農協						支店・支所				
預金種別	1 普通	2 当座	口座番号								
ゆうちょ銀行	店名		口座番号								
口座名義人（カナ）											

《添付書類》

- (1) 医療機関が発行する検査・健康診査費用に係る領収書又は費用の支払額が確認できる書類
- (2) 検査・健康診査の結果が記載された母子健康手帳又は結果がわかる書類
- (3) 振込先金融機関の口座が確認できる書類

※申請者と口座名義人が異なる場合、裏面の委任状に記入してください

委任状

令和 年 月 日

酒田市会計管理者 宛

住 所 _____

氏 名 _____

私は _____ を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

聴覚検査・健康診査費用助成の受領に関する一切の件