

新生児聴覚検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	ⓐ
電 話（日中連絡先）	

下記について確認・同意の上、酒田市新生児聴覚検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。
  - ・本申請分の新生児聴覚検査費用について、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》

産婦氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
新生児氏名	生年月日	令和	年	月	日
医療機関名					
検査年月日	検査方法・結果 ☑を記入してください	検査料金 (A)	上限額 (B)	申請額 (A)と(B) のうち少ない額	
年 月 日	<検査方法> <input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査(AABR) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査(OAE) <検査結果> <input type="checkbox"/> 異常なし(パス) <input type="checkbox"/> 再検査(リファー)	円	3,500円	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聴覚検査費用に係る領収書又は聴覚検査費用の支払額が確認できる書類
- (2) 聴覚検査の結果が記載された母子健康手帳又は聴覚検査の結果がわかる書類
- (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

聴覚検査費用助成の受領に関する一切の件