

様式第2号（第10条関係）

行田市新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

行田市市長

他の市町村で新生児聴覚検査費用助成を受けていないため、行田市において行田市新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、行田市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第10条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。なお、この申請の審査に当たり行う確認事項について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

＊太枠内を記入してください。

助成対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日生		
	保護者氏名					
	住 所	〒 行田市 電話番号（ ）				
	フリガナ		生年月日	年 月 日生		
	新生児氏名					
住 所	□保護者と同じ					
検査	種 類	検 査 日	検 査 結 果		検 査 費 用	
	□自動 ABR □OAE	年 月 日	(左) □異常なし □要精密検査	(右) □異常なし □要精密検査	円	
請求額		円 ※自動 ABR の上限は 5,000 円、OAE の上限は 1,500 円です。				
実施医療機関		医療機関名： 所在地： 電話番号（ ）				
添付書類		□未使用の助成券 □母子健康手帳 □検査費用の支払を証する領収書その他支払額が確認できるもの（例：診療明細書等）				
申請日： 年 月 日 申請者（請求者）氏名 _____ (保護者が記名)						

上記の助成金については、次の口座に振り込んでください。

(行田市新生児聴覚検査助成金の受領権限を次の口座名義人に委任します。)

振込先記入欄	金融機関名		支店名				種別	
	銀 行 信用金庫 農 協 信用組合		本 店 支 店 支 所 出張所				1 普 通 2 当 座	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号			
	(フリガナ)		検収日			債権者コード		
	口座名義人		年 月 日 印					

市確認欄

住民となった日	年 月 日	助成金交付決定額	円
住民でなくなった日	年 月 日		