

(あて先)延岡市長

新生児聴覚検査に係る費用について、延岡市新生児聴覚検査実施要綱第5条第3項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり、検査費用の助成を申請します。

朱肉を使う印かん

※太枠内を記入

申請者 (児の保護者)	フリガナ	ノベオカ ハナコ		生年月日	
	氏名	延岡 花子		昭和 ○○年 ●月 △日	
	住所	延岡市 東本小路2-1			
	電話番号(携帯)	000 - 1234 - 5678			
フリガナ		ノベオカ タロウ		生年月日	
新生児(乳児)の氏名		延岡 太郎		令和 ●年 ○月 ●日	
申請内訳	どちらか片方にチェック	検査の種類	検査を受けた日	ア 申請額(医療機関等の領収書額)	
	<input checked="" type="checkbox"/>	自動 ABR (自動聴性脳幹反応検査)	令和 △年 ●月○日	円	
	<input type="checkbox"/>	OAE(耳音響放射検査)	年 月 日	円	3,000円 円
振込先	金融機関名	本・支店名	種別	口座番号	口座名義人
	延岡 銀行 金庫 農協	本店 東本小路 支店 出張所	普通 当座	1234567	フリガナ ノベオカ ハナコ 延岡 花子
添付書類	<input type="checkbox"/> 受診した医療機関等の領収書(原本) ※領収書に、検査の種類、保険適用外の検査であること、検査年月日、受検者氏名、医療機関名、領収金額が記載されていること。 <input type="checkbox"/> (領収書に上記※の記載がない場合) 受診した医療機関等の診療明細書(原本)			<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査同意書兼助成券 <input type="checkbox"/> 通帳の写し(口座番号、口座名義、支店名記載) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の写し	

該当しない費用が含まれていた場合、訂正印が必要になりますので、記入しないでください。

※申請者以外の口座名義の場合は下記の委任状に記入。

委任状

私は、受任者()に、上記助成金の受領に関することを委任します。申請者との続柄()

年 月 日

委任者 住所 延岡市
氏名

【市処理欄】

新生児聴覚検査費用の助成について次の通り決定します。

支給決定年月日 年 月 日

支給決定金額 円 健康増進課長

印