

新座市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

（申請先） 新座市長

私は、次のとおり受診したので必要書類を添えて申請（請求）します。申請（請求）金額を下記の口座に振り込んでください。

なお、本申請（請求）に当たり、市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

<申請者> *新生児聴覚検査受検者の保護者

フリガナ		生年 月日	年 月 日
申請者氏名			
フリガナ		生年 月日	年 月 日
児氏名			
住所	〒		
電話番号	※必ず日中連絡がとれる番号をご記入ください		
検査年月日	年 月 日	※母子手帳 P17 又は P18 を参照	
検査方法	自動ABR ・ OAE		
検査受検 医療機関等	名称	所在地	

申請(請求)金額 金 円

<振込先>

金融機関名	銀行・農協 信用金庫	本店・支店 出張所
口座番号	普通 ・ 当座	
フリガナ		
口座名義人		

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入が必要になります

私は、上記口座名義人に新座市新生児聴覚検査費助成金の受取を委任いたします。
年 月 日 氏 名

* この申請書兼請求書に、下記の必要書類を添付して保健センターまで提出してください。	
必要書類	①未使用の新座市交付の新生児聴覚スクリーニング検査助成券 ②医療機関等の名称及び聴覚検査の金額が記載された領収書、明細書等（原本） ※検査が保険診療の場合は助成の対象外となります ※聴覚検査のみの費用が不明な場合は、医療機関等に確認してください ※領収書等（原本）は手続き後コピーして返却します。他の申請等で原本を提出する場合は、新生児聴覚検査費助成金の申請を先にしてください ③母子健康手帳の写し（表紙、出生届済証明(P1)、検査の記録(P17 もしくは P18)又は検査の結果を証する書類） ④振込先の名称・支店名・口座名義人・口座番号のわかるもの（通帳、キャッシュカード等の写し）

新座市新生児聴覚検査費助成金交付申請書兼請求書

~~年 月 日~~

(申請先) 新座市長

私は、次のとおり受診したので必要書類を添えて申請(請求)します。申請(請求)金額を下記の口座に振り込んでください。

なお、本申請(請求)に当たり、市が保有する情報について閲覧又は調査すること及び医療機関等に問い合わせることに同意します。

<申請者> *新生児聴覚検査受検者の保護者

フリガナ	ニイザ ハナコ	生年月日	○年 ○月 ○日
申請者氏名	新座 花子		
フリガナ	ニイザ タロウ	生年月日	○年 ○月 ○日
児氏名	新座 太郎		
住所	〒○○○-○○○ 新座市○○ △丁目△番△号		
電話番号	○○○-○○○○-○○○○ ※必ず日中連絡がとれる番号をご記入ください		
検査年月日	○年 ○月 ○日		※
検査方法	自動ABR・OAE		
検査受検医療機関等	名称 △△産婦人科	所在地	○○県○○市○○○○○

記入しないでください

該当する検査方法に丸を付けてください

申請(請求)金額 ~~金 円~~

<振込先>

金融機関名	△△△	銀行・農協 信用金庫	○○○	本店・支店 出張所
口座番号	普通・当座	○	○	○
フリガナ	ニイザ タロウ			
口座名義人	新座 太郎			

ゆうちょ銀行の場合、支店名は3桁の数字になります

※ 申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任状に記入が必要になります

私は、上記口座名義人に新座市新生児聴覚検査費助成金の受取を委任いたします。

○年 ○月 ○日 氏名 新座 花子

* この申請書兼請求書に、下記の必要書類を添付して保健センターまで提出してください。

- 必要書類
- ①未使用の新座市交付の新生児聴覚スクリーニング検査助成券
 - ②医療機関等の名称及び聴覚検査の金額が記載された領収書、明細書等(原本)
※検査が保険診療の場合は助成の対象外となります
※聴覚検査のみの費用が不明な場合は、医療機関等に確認してください
※領収書等(原本)は手続き後コピーして返却します。他の申請等で原本を提出する場合は、新生児聴覚検査費助成金の申請を先にしてください
 - ③母子健康手帳の写し(表紙、出生届済証明(P1)、検査の記録(P17もしくはP18)又は検査の結果を証する書類)
 - ④振込先の名称・支店名・口座名義人・口座番号のわかるもの(通帳、キャッシュカード等の写し)

委任状欄に申請者氏名を記入してください

口座名義が申請者と異なる場合、