

様式第1号（第7条関係）

年　月　日

(宛先) 大和高田市長

申請者 住 所

(保護者) 氏 名

印

電話番号 () -

(産 婦) 氏 名*

※申請者氏名と同じ場合は、産婦氏名は記入不要です。

大和高田市新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

大和高田市新生児聴覚検査助成金の交付を受けたいので、大和高田市新生児聴覚検査実施要綱第7条第2項の規定により下記のとおり申請します。

記

1 受診者情報

| ふりがな 新生児氏名 | | | 生年月日 | 年 月 日 |
|-----------------|----------------------|---|--|-------|
| 住所 | 申請者住所と異なる場合のみご記入ください | | | |
| | 検査日 | 検査方法 | 検査結果 | 検査費用 |
| 初回検査 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE | 右耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査 左耳 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 再検査 | 円 |
| 医療機関名 | 申請金額 | | | 円 |
| 助成決定額（大和高田市記入欄） | | | | 円 |

2 助成金振込先（申請者と同名義）

| | | | | | | | | | | |
|---------|--------|--|--|---------------------|----|--|--|--|--|---------------|
| 金融機関コード | | | | | 店番 | | | | | 本店 支店 所 |
| 銀行 | | | | | | | | | | |
| 普通・当座 | | | | 口座番号（右詰めで記入してください。） | | | | | | |
| 口座名義人 | (フリガナ) | | | | | | | | | |

3 添付書類

- (1) 自己負担した検査料に係る領収書又はその写し（検査料がわかる診療明細書含む）
- (2) 未使用の受診券
- (3) 母子健康手帳の検査結果が分かるページの写し

申請者以外の口座に振り込みを希望される場合は、裏面の委任状をご記入ください。

申請者以外の口座に振り込みを希望される場合は、以下の委任状が必要です。

委任状

私_____は、 年 月 日付けの新生児聴覚検査費用
に係る受領について、 _____(続柄_____)に委任します。

*申請者からみての続柄をご記入ください

年 月 日

大和高田市長 殿

住 所 大和高田市_____

委任者自署 _____