

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 _____