

# 藤沢市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

藤沢市長

藤沢市新生児聴覚検査費用助成金交付要綱第4条の規定により、新生児聴覚検査費用の助成を次のとおり申請・請求します。

交付が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。

口座名義人が申請者（請求者）と異なるときは、口座名義人に助成金の受領を委任します。

なお、助成金の交付に関して必要な情報について、市長が調査、取得、利用することについて同意します。

申請者 (請求者)	フリガナ			
	氏名			
	※保護者	住所	〒	
		電話番号：	( )	
検査を 受けた児	フリガナ			
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		
	生年月日	年	月	日
申請理由	<input type="checkbox"/> 里帰り出産等で、県内の実施機関で受検することが困難だったため <input type="checkbox"/> 検査費用が費用補助券の金額に満たなかったため <input type="checkbox"/> その他 ( )			
検査実施日	年	月	日	検査種別
※生後6か月以内に実施した検査が対象です			<input type="checkbox"/> 自動ABR (AABR) 又は ABR (自動聴性脳幹反応検査又は聴性脳幹反応検査)	
			<input type="checkbox"/> OAE (耳音響放射検査)	

〈申請額の上限〉

自動ABR(AABR)、ABR：3,000円

OAE：1,500円

※上限を超える金額は申請できません。

※助成金を申請できる検査は1件のみです。

支払額 (検査費用)	円	申請額	円
---------------	---	-----	---

## 【助成金振込先口座】

金融機関	銀行		本店	□座名義人と請求者が異なる場合 請求者からみた続柄
	信用金庫		支店	
	農業協同組合		( )	
	( )		【店番号	】
種別	普通	□座名義		
	当座	カタカナで記載してください		
		□座番号		

## 【市役所事務処理欄】

提出書類  領収書の写し  新生児聴覚検査費用補助券（未使用のもの）

母子健康手帳の写し（新生児聴覚検査の結果が記載された、「検査の記録」のページ）

申請受理年月日	(交付・不交付)決定年月日(請求日)	交付決定額(請求額)
		<input type="checkbox"/> 申請金額のとおり
		<input type="checkbox"/> 円
備考		
課名		管理番号