様式第２号（第6条関係）

新生児聴覚検査費償還払い申請書兼請求書

年　　　月　　　日

丹波篠山市長

　下記のとおり、篠山市新生児聴覚検査助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて交付を申請します。なお、必要な場合には、市が医療機関に対し検査内容等を照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 産  婦 | ふりがな  氏名 | | |  | | | | | 生年  月日 | | | | 昭和　平成  　　　　年　　　月　　　日 | |
| 住所 | | | 丹波篠山市 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | |
| 新生児 | | | |  | | | | | 生年  月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 受診日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | 申請額 | | | 円 | | |
| 検査項目 | | | | * 初回検査　　　　　　　　　□確認検査 | | | | | | | | | | |
| 受診医療機関 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 振込先 | | | | | | | 本・支店名 | | | | | | | 種別 |
| 銀行・農協  信用金庫  信用組合 | | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | | | 普通  当座 |
| 口座番号 | | | | | | | | | | | 口座名義人 | | | |
|  | |  |  | |  |  | |  | |  | ふりがな | | | |
|  | | | |
| 委任欄　＊この欄は、産婦本人以外の口座振込の場合のみ記入  　上記助成金の受領に関することを下記の者に委任します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　産婦氏名：  　受任者　住所：  　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（産婦との続柄：　　　　） | | | | | | | | | | | | | | |

＊新生児聴覚検査費（保険診療適用外）に関する領収書と助成券を添付してください。添付の助成券を上限に償還払いをします。

|  |  |
| --- | --- |
| 市記入欄 |  |
| 支給決定年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 支給確定額（上限5,000円） |  |