様式第４号（第５条関係）

記入例

新生児聴覚検査助成金償還払い申請書兼請求書

年　　月　　日

太枠部分にご記入をお願いします

丹波篠山市長　様

　下記のとおり、篠山市妊婦・産婦健康診査及び新生児聴覚検査助成金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添えて助成金を申請します。なお、必要な場合には、市が医療機関等に対し検査内容等を照会することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな氏名 | 　　　　　　　　　　　　押印お願いします | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 住所 |  |
| 電話番号 | 医療機関に支払った額をご記入ください |
| ふりがな新生児氏名 |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 受検日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 申請額 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 検査項目 | * 初回検査　　　　　　　　　□確認検査
 |
| 受検医療機関等 | 確認検査は必要な方のみ受ける検査です。 |
| 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、申請者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。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名：　　　　　　　　　　　　受任者　住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者との続柄：　　　　） |

※新生児聴覚検査に要した費用（保険診療適用外）に関する領収書と助成券、母子健康手帳の写し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） |  |