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） |  |