

様式第2号（第9条関係）

大野城市新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

大野城市長 宛

助成金の交付を受けたいので、大野城市新生児聴覚検査実施要綱（令和5年要綱第11号）第9条第1項の規定により、下記のとおり申請します。また、当該助成金の交付が決定したときは、交付決定額を請求します。

なお、申請した内容について確認の必要がある場合は、医療機関等の関係機関に問合せをすることに同意します。

※申請できるのは、申請の日において受検者と同一の世帯に属する者に限ります。

| | | | | |
|-----|-----------|---|---------|-------|
| 申請者 | ふりがな | | 受検者との続柄 | 生年月日 |
| | 氏名 | 印 | | 年 月 日 |
| | 住所 連絡先 | 〒 | TEL | |

| | | | | | |
|-------|------------------|-----------------|-----------|-----------|------|
| 受検者 | ふりがな | | 生年月日 | | |
| | 受検者氏名 | | 年 月 日 | | |
| | 住所 (申請者と違う場合) | | | | |
| | 検査日 | 検査方法 | 検査結果 | | 検査費用 |
| | 初回： 年 月 日 | ・ AABR ・ OAE | 右 パス・リファー | 左 パス・リファー | 円 |
| | 確認： 年 月 日 | ・ AABR ・ OAE | 右 パス・リファー | 左 パス・リファー | 円 |
| 助成申請額 | | | | 円 | |

私が受領する助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

| | | | | | |
|-----|----------------------------|-------------------|------|--------------|--|
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・農協 信金・信組・労金 | | 本店・支店 出張所 | |
| | 預金種別 | 普通・当座 その他（ ） | 口座番号 | フリガナ | |
| | | | | 口座名義 | |
| | ゆうちょ銀行 口座への振込 を希望の場合 | 店番 | 口座番号 | フリガナ | |
| | | 口座名義 | | | |

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望する場合、下欄に記入をお願いします。

| | |
|-----------------------------------|--|
| 委任状 | |
| 私は、上記口座名義人に助成金の受領に関する一切の権限を委任します。 | |
| 年 月 日 | |
| 申請者氏名 | |

【添付書類】

自己負担検査料に係る領収書又はその写し 自己負担検査料に係る診療明細書

助成金の交付を受けることにより不要となる助成券

助成対象検査を受検したことを証するもの（母子健康手帳の記録等）

助成金の振込先口座の通帳又はキャッシュカードの写し（口座番号等確認用）

※添付書類が不足している場合は、追加の書類を求めることがあります。