

伊丹市新生児聴覚検査費助成金支給申請書

記入見本

伊丹市長 様

関係書類を添えて下記のとおり助成を申請します。助成金は下記金融機関に振込み願います。

【添付書類】(添付した書類に☑願います。)

- ☑ 1. 新生児聴覚検査費の分かる医療機関の領収書及び診療明細書(原本)
- ☑ 2. 母子健康手帳など検査結果が記載されているものの写し
- ☐ 3. 未使用の助成券(交付を受けている場合のみ)
- ☑ 4. 市内に住所を有することを証明する書類(住民票等)

交付を受けていない方は不要です

★の項目については訂正ができません。お間違いのないよう、記入をお願いします

※市が本申請に必要な範囲で住民基本台帳の確認を行うことに同意の場合、省略可(以下同意欄に☑願います。)

【太枠内をご記入ください】

		申請年月日		令和 8 年 8 月 20 日	
申請者 (産婦)	★フリガナ	イタミ ハナコ		生年月日	平成 5 年 1 月 1 日
	★氏名	伊丹 花子			
	★住所	〒 664 - 8503 伊丹市千僧 1 - 1 - 1		お子さんが検査を受けた日に、伊丹市に住所があることが必要です	
	電話番号	072 - 784 - 8034		児との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
検査を受けた児	フリガナ	イタミ タミマル		生年月日	令和 8 年 4 月 7 日
	氏名	伊丹 たみまる			
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (異なる場合、右に住所を記載)	〒 -	助成の上限額は5,000円です。検査費用が5,000円未満の場合はその金額を、検査費用が5,000円以上の場合は「5,000」円とご記入ください	
検査内容等	検査日	令和 8 年 4 月 10 日		★申請額	5,000 円 (5,000円を上限として、検査に要した費用を記載)
	検査方法	<input checked="" type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> その他()		検査結果	右 (パス) ・ リファー(要再検査) 左 (パス) ・ リファー(要再検査)
検査実施医療機関	添付書類4を省略される場合は、☑をしてください		●●●●● 病院		
同意確認	※上記添付書類4を省略する場合、必ず☑してください。 <input checked="" type="checkbox"/> 審査のため、伊丹市が申請者の住民基本台帳を閲覧する場合があることに同意します。				

★の項目については、訂正不可。

支給決定を受けた後、下記の金融機関口座に振込みを依頼します。

振込先	金融機関名	●●●●●		銀行 金庫 農協	支店名	伊丹	本店 支店 出張所
	種別	1.普通		2.当座	口座番号	支店コード(123) 1234567	
	フリガナ	イタミ ハナコ					
	口座名義人	伊丹 花子					

以下、職員記入欄

受付時確認	<input type="checkbox"/> 領収書(押印後コピーし、返却) ・ 明細書(写し)			受付者
	<input type="checkbox"/> 検査結果写し(母子手帳の検査結果欄など)			
	<input type="checkbox"/> 未使用の助成券			
事務処理確認欄	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 領収書	助成額	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> その他() 円	