

伊丹市新生児聴覚検査費助成金支給申請書

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)

※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	年	月	日
申請者 (産婦)	★住所	〒 -		生年月日	年 月 日
	★フリガナ				
	★氏名				
	電話番号	-	-	児との続柄	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
検査を受けた 児	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <small>(異なる場合、右に住所を記載)</small>	〒 -		
検査日	年 月 日	★申請額	円 (3,000円を上限として、検査に要した費用を記載)		
検査方法	<input 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					
同意確認	<input 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必要があること、医療機関等へ受診内容等を確認する必要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	支店コード()	本店 支店 出張所
	種別	1.普通 2.当座	口座番号		
	フリガナ 口座 名義人				

--- 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) <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			受付者
事務処理確認欄	<input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 領収書	助成額	<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/> その他(円)	

伊丹市新生児聴覚検査費助成金請求書

伊丹市長 様

交付決定を受けたので、伊丹市新生児聴覚検査費助成事業要綱第7条第8項の規定により、下記の通り請求します。助成金は下記金融機関口座に振込み願います。

【太枠内をご記入ください】		申請年月日	年	月	日
申請者 (産婦)	★住所	〒 -		生年月日	年 月 日
	★フリガナ				
	★氏名				
	電話番号	-	-	児との続柄	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他()
検査を受けた 児	フリガナ				
	氏名	生年月日	年	月	日
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (異なる場合、右に住所を記載)	〒 -		
				★請求額	円 (3,000円を上限として、検査に要した費用を記載)

★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	支店コード()	本店 支店 出張所
	種別	1.普通 2.当座	口座番号		
	フリガナ 口座 名義人				