

川越市新生児聴覚検査助成金交付申請書

年 月 日

(提出先)

川越市長 川合善明

私は、川越市妊婦健康診査・新生児聴覚検査助成金交付要綱第5条及び第6条に基づき必要書類を添え、助成金の交付を申請します。

なお、私はこの申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には市が医療機関等に問い合わせることに同意します。

1 申請者(検査対象者の保護者)

フリガナ		昭和					
氏名		生年月日	平成	年	月	日	(歳)
住所	申請者の 現住所	〒 (ー)					
	受検日にお ける住所	※現住所と異なる場合はご記入ください 〒 川越市					
新生児聴覚検査 受検医療機関等	(名称)						
	(所在地) 〒	(ー)					

2 振込先(振込先は申請者ご本人の口座になります。諸事情によりご本人以外の口座に振り込みを希望される場合は、下記の「委任状」を記入してください。)

金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号
フリガナ		
口座名義人		

※受診者ご本人以外の口座に振り込む場合は、下記委任状を記入してください。

委任状

(提出先) 川越市会計管理者

私(委任者)は、下記の者を代理人と定め、川越市から支払われる新生児聴覚検査助成金の受領の権限を委任します。

委任者	住所	代理人	住所
	氏名(署名または記名押印)		氏名

(裏)

申請者氏名 (検査対象者の保護者)

助成金交付を申請する新生児聴覚検査の内容

	検査対象者氏名	受検年月日	検査方法 (どちらかに○)	検査結果 (右耳、左耳ごとに) どちらかに○		申請額 (医療機関へ 支払った新生児聴覚 検査費用の額)
				右耳	左耳	
1人目		年 月 日	1. 自動ABR 2. OAE	右耳 左耳	1. パス 2. リファアー 1. パス 2. リファアー	円
2人目		年 月 日	1. 自動ABR 2. OAE	右耳 左耳	1. パス 2. リファアー 1. パス 2. リファアー	円
3人目		年 月 日	1. 自動ABR 2. OAE	右耳 左耳	1. パス 2. リファアー 1. パス 2. リファアー	円
4人目		年 月 日	1. 自動ABR 2. OAE	右耳 左耳	1. パス 2. リファアー 1. パス 2. リファアー	円
5人目		年 月 日	1. 自動ABR 2. OAE	右耳 左耳	1. パス 2. リファアー 1. パス 2. リファアー	円

※検査対象者が多胎児の場合は、2人目以降の欄にご記入ください。

※支払った検査費用が自費 (保険適用外) であることを確認の上、ご記入ください。

受検日や、どの金額が申請の対象となるか判断しかねる場合は、受検年月日等を記入せずにお持ちください。

※助成上限金額と実際に支払った金額を比較し、少ない方の金額を助成します。

※本申請の申請期限は、当該検査を受けた日の翌日から1年以内です。

申請に必要な書類等

- 未使用の助成券 (住所・氏名等を記入してください) ※助成券を交付されていない場合は不要
- 受検先の名称・受検日が明記された領収書 (原本)
- 領収 (診療) 明細書 (検査内容が明記されたもの)
- 検査結果票など
- 振込先がわかる通帳等