

様式第2号（第9条関係）

新生儿聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

古河市長 宛て

〒 ー
 住所
 申請（請求）者 氏名 ⑩
 （自署又は本人確認書類の提示等により押印省略可）
 受診者との関係
 電話番号

助成金の交付について、古河市新生儿聴覚検査実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり申請（請求）します。

なお、この申請に対する審査に必要な場合は、市が医療機関に対して当該検査の内容の照会をすることに同意します。

受診者	ふりがな 氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
	住所	古河市			
	電話番号	母子健康手帳番号			
検査内容	検査日	検査方法	助成金 上限額 (A)	受診者 支払額 (B)	請求額 (A) 又は (B) いずれか少ない額
初回検査 (1回目)	年 月 日 (生後 日)	自動ABR (ABRを含む。)	5,000円	円	円
		OAE	3,000円	円	円
※確認検査 (2回目)	年 月 日 (生後 日)	自動ABR (ABRを含む。)	5,000円	円	円
		OAE	3,000円	円	円
右の金額を請求します。なお、市が次の金融機関の口座に助成金を振り込んだときは受領したものと認めます。					円
振込先	名称	銀行・信用金庫 信用組合・農協			(支)店
	口座番号	(普通・当座)			
	ふりがな 口座名義				

※確認検査は、初回検査で要再検査になった場合のみ実施

添付書類

- (1) 市の交付した新生儿聴覚検査受診票（検査結果の記載のあるもの）
- (2) 医療機関が発行した受診者又はその保護者の氏名、検査日及び検査に要した費用が記載されている新生儿聴覚検査の領収書その他検査に要した費用の支払額等が確認できる書類
- (3) 新生儿聴覚検査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳（写し）

市処理欄	本人確認書類： <input type="checkbox"/> マイナンバーカード（個人番号カード） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ） ※その他については、官公庁が発行した顔写真入りの書類（「氏名及び生年月日」又は「氏名及び住所」が記載されたものに限る。）	確認者
	確認方法： <input type="checkbox"/> 提示 <input type="checkbox"/> 提出（持参・郵送・電子申請）	