

新生児聴覚検査費用助成申請書

年 月 日

（宛先） 秦野市長

住 所 \_\_\_\_\_  
 申請者 氏 名 \_\_\_\_\_  
 電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり、新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

対象者	フリガナ			母子健康手帳No.
	氏名	生年月日	年 月 日	
	住所			
申請理由	該当するものをレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 里帰り先等で聴覚検査を受けたため <input type="checkbox"/> 聴覚検査費用が、補助券に記載の金額未満であったため <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
申請する聴覚検査の実施日とその費用				
検査の種類	いずれかにレ点でチェックしてください。 <input type="checkbox"/> A A B R ・ A B R （助成上限額 3, 0 0 0 円） <input type="checkbox"/> O A E （助成上限額 1, 5 0 0 円）			
実施日	年 月 日	費用	円	
助成金申請額			円	
同意欄	助成金交付の審査に当たり、秦野市の職員が住民基本台帳を確認すること及び領収書の内容について医療機関に確認することに同意します。  氏 名 _____			
振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫・農協・（ _____ ）		
	口座名義人（ <i>カカナ</i> ）	支店名		
	口座番号			

※申請者以外の口座に振り込むときは、次の委任状に記名押印又は署名が必要です。

委任状	
私は、この助成金の受領を次の者に委任します。	
(住所) _____	(氏名) _____
年 月 日	申請者兼請求者氏名

【市処理欄】（提出書類）助成を受ける未使用の新生児聴覚検査補助券 聴覚検査領収書  
母子健康手帳（聴覚検査の記録）の写し 振込先口座の確認できる書類の写し