

足利市新生児聴覚検査費用助成申請書

令和〇年 ●月 △日

足利市長 あて

〒

申請者（産 婦）

住 所 足利市〇〇町 123 番地 4

ふりがな

氏 名 ^{あしかが}足利 ^{はなこ}花子

電話番号 090-1234-5678

ふりがな

（検査を受けた児）

氏 名 ^{あしかが}足利 ^{たろう}太郎

生年月日 令和 2年 4月 1日

下記のとおり委託契約外医療機関で検査しましたので、領収書の写し及び新生児聴覚検査受診票を添えて、足利市新生児聴覚検査助成申請をします。

なお、本申請に係る審査のため、住民登録情報の閲覧について承諾します。

聴覚検査実施 医療機関	名称	〇〇医院	電話番号	〇〇-1234
	所在地	足利市〇〇町1-1		

振込先金融機関名（ゆうちょ銀行を含む）	口座名義人 （カタカナ）	種別	口座番号
〇 〇 〇 〇 <u>銀行</u> 信金	〇 〇 〇 〇 <u>本店</u> 支店／支所	アシカガ ハナコ <u>普通</u> 当座	〇 〇 〇 〇

*申請者と口座名義人は同一とする。

検査種類	検 査 日	助成申請額
初回検査	令和〇年●月△日	5,000 円
確認検査		

※確認検査は、該当する場合のみ記入すること。

注意：新生児聴覚検査に要した費用が限度額（5,000円）を超える場合は5,000円を限度に助成します。

注意：検査した日（確認検査実施の場合は確認検査実施日）の属する月の翌月の初日から起算して1年以内に、健康福祉部健康増進課に提出してください。規定する期限を経過した申請は、受付できませんのでご了承ください。