

# 釧路市新生児聴覚検査助成金を申請する皆様へ

釧路市新生児聴覚検査助成金の振込は、申請されてから1～2カ月後を予定しています。

申請書類提出後、2カ月以内に転居予定のある方は、必ず転居（予定）日と転居先の住所をお知らせください。

フリガナ 申請者氏名		フリガナ 児氏名	
申請時の住所	(〒      —      ) 連絡先Tel (自宅・携帯電話・      )		
転居（出）先の住所	(〒      —      ) 連絡先Tel (自宅・携帯電話・      )		
転居（予定）年月日	令和	年	月 日

※申請以降に転居する予定のある方は、必ず上記をご記入の上、ご提出ください。

なお、申請時、すでに転居されている場合は、転居後の住所で申請書・請求書をご記入ください。

※転居後の住所が未確定の場合は、釧路市健康推進課(Tel 0 1 5 4 - 3 1 - 4 5 2 5)までお申し出ください。

## 釧路市新生児聴覚検査助成金交付について

### 【提出物】

- 釧路市新生児聴覚検査助成金交付申請書（以下「申請書」）
  - 釧路市新生児聴覚検査助成金交付請求書（以下「請求書」）
  - 未使用の新生児聴覚検査受診票
  - 新生児聴覚検査の領収書
  - 新生児聴覚検査結果が記載された母子健康手帳
  - この用紙（申請書提出後2か月以内に転居予定のある方のみ）
- ※必要事項を記入し、提出して下さい。

### 【記載時の注意事項】

- ① 申請書の「住所」は、申請時の住所を記入して下さい。
- ② 申請書の「申請者」と請求書の「請求者」、「口座名義人」は同一にして下さい。
- ③ 申請書の「検査費用額」は記入しないで下さい。
- ④ 請求書の「年月日」と「請求金額」欄は記入しないで下さい。
- ⑤ 請求書の印（2か所）はシャチハタ以外でお願いします。
- ⑥ 請求書の金融機関名：ゆうちょ銀行の場合、振り込み専用の受取口座番号が必要です。受取口座番号が通帳に記載されていない場合は、ゆうちょ銀行で手続き下さい。

助成金の振込は、申請から1～2か月を予定しています。ご不明な点は釧路市健康推進課（☎0154-31-4525）までお問合せ下さい。

様式第3号  
釧路市新生児聴覚検査助成金交付申請書

令和〇年〇月〇日

釧路市長 あて

私は、釧路市新生児聴覚スクリーニング検査実施要綱第9条の規定に基づき、助成金の交付を申請します。  
なお、申請内容の確認、交付決定のため、釧路市が住民基本台帳を閲覧すること及び実施医療機関や他市町村への情報を照会、または提供することについて同意します。

① 住所	(〒085-0000) 釧路市〇〇町1-2-3	電話番号	〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇
フリガナ	クシロ タロウ		
② 氏名	釧路 太郎		
フリガナ	クシロ ハナコ	母子健康手帳番号	〇〇〇〇〇〇
児氏名	釧路 花子	生年月日	令和〇年〇月〇日
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ		
検査実施日	令和〇年〇月〇日	検査日の月齢	〇か月〇日
医療機関名	〇〇〇病院	検査結果	右 <input checked="" type="checkbox"/> 再検査 左 <input type="checkbox"/> パス・再検査
検査費用額	〇〇〇〇〇〇円		

【添付書類】  
 未使用の新生児聴覚検査受診票  
 新生児聴覚検査結果が記載された母子健康手帳  
 新生児聴覚検査の領収書

※ 委託医療機関以外で受診された新生児聴覚検査（初回）につき、3,000円が助成金の上限額となります。自己負担額（保険診療外分）が上限を下回った場合は、自己負担額が上限額となります。

様式第4号  
釧路市新生児聴覚検査助成金交付請求書

令和〇年〇月〇日

釧路市長 あて

釧路市新生児聴覚スクリーニング検査実施要綱第11条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を請求します。

請求者 (保護者)	住所 (〒085-0000) 釧路市〇〇町1-2-3	フリガナ クシロ タロウ	氏名 釧路 太郎	捨印 ④
1 請求金額	〇金 〇〇〇〇〇〇円			
2 助成金振込先	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 ・銀行・信用金庫・労働金庫 ・農協・信用組合・( )			
(1) 金融機関名	① 本店		② 支店	
(2) 口座	① 普通口座		② 当座預金	
(3) (フリガナ) 口座名義人	クシロ タロウ 釧路 太郎			

注1 金額の訂正はできません。  
注2 申請者、請求者、口座名義人は同一にして下さい。