

釧路市新生児聴覚検査助成金交付申請書

令和 年 月 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。

申請者	住所	(〒 -)		電話番号	
	フリガナ				
	氏名				
	フリガナ		母子健康手帳番号		
	児氏名		生年月日	令和 年 月 日	
	住所	□申請者と同じ			
	検査実施日	令和 年 月 日	検査日の月齢	か月 日	
	医療機関名		検査結果	右	パス・再検査
	検査費用額	円		左	パス・再検査

【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。

釧路市新生児聴覚検査助成金交付請求書

令和 年 月 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	(〒 -)							
	フリガナ								
	氏名								
	電話番号								
本件責任者及び担当者	同上								
1 請求金額	金 円								
2 助成金振込先	・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	口座番号							
	② 当座預金								
(3) (フリガナ) 口座名義人	()								

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。