

神埼市長 様

## 神埼市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付申請書兼請求書

神埼市新生児聴覚スクリーニング検査費用の助成を受けたいので、神埼市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、個人情報（住民基本台帳情報等）を利用することに同意します。また、検査実施医療機関に電話連絡等で確認することに同意します。

## 記

申請者	住 所	〒	
	氏 名	印（続柄： ）	
	生年月日		
	電話番号		
検査を受けた児	住 所	〒	
	氏 名		
	生年月日		
検査実施日			
検査を実施した医療機関名			
検査費用負担額	円	助成金額（市担当者記入）	
		円	

助成金は下記の口座に振り込んでください。

振込先		口座番号		口座名義人（フリガナ）
銀行 信用金庫 農協	支店 支所	普通 ・ 当座		（ ）
ゆうちょ銀行	店	記号 番号		（ ）

- (注)
1. 太枠のみご記入ください。
  2. 振込先は、申請者の名義のものにしてください。申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要になります。
  3. 添付書類
    - (1) 領収書の写し（可能ならば明細書も含む）
    - (2) 母子健康手帳の出生届の頁の写し及び、新生児聴覚検査の結果が記載されている部分の写し又は聴覚検査の結果が分かるものの写し
    - (3) 振込先口座通帳の写し
    - (4) 本人確認ができるもの（マイナンバーカード、免許証、保険証など）の写し