様式第３号（第 11 条関係）

糸島市新生児聴覚検査費用助成金償還払申請書兼請求書

糸島市長　様

私は、糸島市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱 11 条に基づき、助成金の交付を申請兼請求します。なお、この申請兼請求に基づく助成金の交付の審査にあたり必要な場合には、受診した医療機関に受診内容その他必要な事項を問い合わせることに同意します。

申請日	令和　　年　　月　　日

１．申請者

フリガナ		電話番号（日中に連絡可能なもの）	生年月日
氏名			
現住所		新生児との続柄	

※市内で検査対象者と同居している者であって、検査対象者を監護し、かつ、これと生計を同じくする者

２．検査対象者・助成額（受検日において、市内に住民登録を有する新生児等）

検査対象者	フリガナ		生年月日	検査実施日	検査費用
	氏名		．　．	．　．	円
	フリガナ		生年月日	検査実施日	検査費用
	氏名		．　．	．　．	円
	フリガナ		生年月日	検査実施日	検査費用
	氏名		．　．	．　．	円
				助成額合計	円

※検査対象者：本検査受検日において、市内に住民登録を有する新生児等。
※助成の対象となる聴覚検査：自動聴性脳幹反応検査（ＡＡＢＲ）、耳音響放射検査（ＯＡＥ）。保険診療の対象となる検査については、この限りでない。
※申請及び請求は、検査を受検した日から起算して１年以内。

上記、助成額合計のとおり、請求いたします。

３．振込先口座

金融機関名							支店名
銀行 農協							本店 支店
種別	口座番号						
１．普通　２．当座　３．貯蓄 ４．その他（　　）							
口座名義							
フリガナ							

※「口座名義」等については、金融機関に登録されたものを、省略することなく正確に記載願います。

私は、上記の口座名義人を代理人と定め、糸島市から受ける助成金の受領に関する権限を委任します。

委任者（申請者）氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （署名または記名押印）

（市使用欄）確認書類

□本人確認　（　運転免許証　健康保険証　その他：　　）

□新生児聴覚検査費用助成券（請求用）　□新生児聴覚検査領収書等

【検査結果】①□ パス（右・左）　□ リファー（右・左）

②□ パス（右・左）　□ リファー（右・左）

③□ パス（右・左）　□ リファー（右・左）

裏面につづく

※　申請者本人の確認書類（コピー）をここに貼り付けてください。

（確認書類）

運転免許証、マイナンバーカード（通知カードは不可）、パスポート、健康保険証、年金手帳など

※　振込口座の確認書類（コピー）をここに貼り付けてください。

（通帳の、「金融機関名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義人（カナ）」 が分かる部分）

※ 新生児聴覚検査費用の分かるもの（コピー）をここに貼り付けてください。