様式第４号（第９条関係）

神栖市新生児聴覚検査及び１か月児一般健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年　　月　　日

神栖市長　様

新生児聴覚検査及び１か月児一般健康診査における費用助成について、神栖市新生児聴覚検査及び１か月児一般健康診査費助成事業実施要項第９条の規定に基づき関係書類を添えて申請及び請求します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者  ・  請求者 | フリガナ |  | | | 受診者との続柄 |
| 氏名 |  | | |  |
| 住所 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 助成申請するもの  （該当を○で囲む） | ・新生児聴覚検査（ 初回ＡＢＲ ・ 初回ＯＡＥ ・ 確認ＡＢＲ ・ 確認ＯＡＥ ）  ・１か月児一般健康診査 | | | | |
| 受診者 | フリガナ |  | | 宛番 | 生年月日 |
| 氏名 |  | |  |  |
| 住所 |  | | | |
| 振込口座 | 金融機関名 | 銀行  金庫  組合 | | 店  支店  出張所 | 普通・当座  （該当を○で囲む） |
| 口座番号 |  | フリガナ |  | |
| 口座名義人 |  | |

〈個人情報の取り扱いについて〉

記入された個人情報については、当該助成金の手続き以外に使用いたしません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種別 | 助成金額上限 | 受診支払額 | 支払額と助成金額上限のいずれか低い金額 |
| 新生児聴覚・初回ABR | 3,000円 | 円 | 円 |
| 新生児聴覚・初回0AE | 2,000円 | 円 | 円 |
| 新生児聴覚・確認ABR | 3,000円 | 円 | 円 |
| 新生児聴覚・確認0AE | 2,000円 | 円 | 円 |
| １か月児一般健康診査 | 5,605円 | 円 | 円 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　請求金額　　　　　　　　円