

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 OAE	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 OAE	2,000 円	円	円
1 か月児一般健康診査	6,000 円	円	円

請求金額 円