

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	5,000円	円	円
新生児聴覚・初回OAE	3,000円	円	円
新生児聴覚・確認ABR	5,000円	円	円
新生児聴覚・確認OAE	3,000円	円	円
1か月児一般健康診査	6,000円	円	円

請求金額 円