

様式第3号（第7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 | | 印 | |
| | 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 | 5,503 円 | 円 | 円 |

請求金額 円