

新生児聴覚検査費助成金申請書兼請求書

芦屋市長 宛

芦屋市新生児聴覚検査費助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請・請求します。
 なお、次のことについて同意します。（をお願いいたします。）

- 市が新生児聴覚検査費助成に係る審査に必要な範囲において、申請者及び同一世帯員の市民税課税状況等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること。
- 申請内容について、市から医療機関等に照会を行うこと。
- 支払を受ける検査費用について、金融機関口座振込をもって、当方が受領したものとする事。
- 本申請内容に偽りや相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用の返還に応じること。

記

申請年月日	年	月	日					
申請者・請求者 (保護者)	フリガナ					生年月日		
	氏名	Ⓜ				年 月 日生		
	住所	〒 -						
	電話番号	-	-	新生児との続柄	父・母・その他()			
	メールアドレス	@						
新生児 (受検した児)	フリガナ					生年月日		
	氏名					年 月 日生		
	住所 (申請者と異なる場合)	〒 -						
世帯構成	氏名	フリガナ		続柄	生年月日			
請求額	円 (上限 5,000 円)							
上記の助成金については、次の口座に振り込みを依頼します。なお、請求者と口座名義人が異なるときは、口座名義人に受領を委任します。								
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協		支店名	本店・支店・出張所			
	種別	普通・当座		口座番号				
	フリガナ							
	口座名義人							

(注意)

- 1 上記の太枠内のみご記入ください。
- 2 この請求書に次の書類を添付して提出してください。
 - (1) 医療機関の領収書及び診療明細書（原本）
 - (2) 母子健康手帳（検査結果等の記載があるもの）の写しまたは検査結果がわかるもの
 - (3) 芦屋市で課税状況の確認ができない場合は、市民税非課税であることがわかるもの（市区町村民税の証明書等）

<職員記入欄>

申請受理年月日	年	月	日	受付番号	承認番号	
検査方法	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> その他 ()			助成決定日		
検査結果	<input type="checkbox"/> パス (Pass) <input type="checkbox"/> 再検査 (Refer)			助成金額	円	