



宝塚市新生児聴覚検査費助成金申請書

（あて先）宝塚市長

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請します。助成金は下記の金融機関に振り込んでください。なお、この申請に係る審査のため、宝塚市が医療機関等へ受診内容の照会をすること、世帯全員の課税及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。

【添付書類】

- 医療機関の領収証及び診療明細書（原本）
- 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
- 世帯調書（様式第2号）
- 世帯全員の所得を証明する書類（市民税・県民税所得課税証明書、非課税証明書など）
市が公簿等で課税情報を確認できる場合は提出不要です。
- 助成金振込口座の通帳またはキャッシュカードの写し

【太枠内をご記入ください】

申請年月日	年 月 日						
助成申請者 (保護者)	フリガナ					生年月日	
	氏名					年 月 日生	
	住所	〒 -					
	電話番号	- -		児との続柄	父・母・その他()		
本人 (受検した 児)	フリガナ					生年月日	
	氏名					令和 年 月 日生	
	住所 <small>(申請者と異なる 場合)</small>	〒 -					
受検日	年 月 日 <small>(生後 か月 日)</small>		助成 申請額	円 <small>(上限5,000円 ただし生活保護世帯の場合全額)</small>			
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						
口座名義人が申請者本人の氏名以外（旧姓も含む）の場合は、下記に署名してください。 私は、上記口座名義人に受領を委任します。 <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">年 月 日 申請者氏名</div>							

<審査欄>

住民日（児）	年 月 日			決裁日	年 月 日 番号		
検査方法	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE			課長	係長	係	受付
検査結果	<input type="checkbox"/> パス (Pass) <input type="checkbox"/> 再検査 (Refer)						
助成金額	円						