

枚方市新生児聴覚検査費補助金交付申請書

(大阪府・京都府の取扱医療機関以外・大阪府の助産所以外受検用)

(あて先) 枚方市長 下記のとおり、必要書類を添えて、補助金の交付を申請します。
なお、交付決定があったときは、下記振込口座に振り込んでください。

申請日 令和 年 月 日

申請者	(フリガナ) 氏名			電話番号	() -			
	住所	〒573-						
母親 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ				児 (被検者)				
(フリガナ) 氏名								
住所	〒573-		〒573-					
生年月日	昭和・平成 年 月 日		令和 年 月 日					
電話番号	() -							
検査日		検査方法		申請額		交付決定額		
①初回検査	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE		円		円	
②確認検査	令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE		円		円	
合計				円		円		
実施機関	名称							
	所在地							
	電話番号							
振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協		店舗	店番	本店 支店 出張所		
	口座番号					預金種別 普通 当座 貯蓄 その他 ()		
	口座名義人 (※カナで記入して下さい)							
<委任状>私は、口座名義人を代理人と定め、新生児聴覚検査費補助金の受領についての権限を委任します。 申請者自署								

[必要書類]

- ①未使用の新生児聴覚検査受検票
- ②母子健康手帳の新生児聴覚検査の結果が記載されている「検査の記録」のページの写し
- ③検査実施機関が発行した領収書・明細書 (原本) ←手続き完了後に返却します。

※申請内容について検査実施機関に確認させていただくことがあります。