

新生児聴覚検査費助成申請書

十日町市長 様

次のとおり検査費用の助成を申請します。なお、市が、市の保有する税情報等を利用することに同意します。

※同意いただけない場合は、上記同意する旨の部分を二重線で消し、市民税非課税世帯又は生活保護受給者世帯に属することを証する書類を提出してください。

申請者	氏名		電話番号	
	住所	〒		
検査を受けた児	氏名		生年月日	令和 年 月 日
	住所	※申請者と同じ場合、記入不要		
検査実施日	初回検査	令和 年 月 日		
	確認検査	令和 年 月 日 ※受けた場合のみ記入		
検査医療機関				
検査に要した費用	初回検査	円	確認検査	円 ※受けた場合のみ記入
振込指定金融機関	銀行・信組 金庫・農協		本店 支店	預金種別 普通・当座
	フリガナ			口座番号
	口座名義人			

注1 助成額は、検査に要した費用の2分の1です。（1円未満切り捨て）

2 振込先は、申請者の名義のものとしてください。

3 以下の書類を添付してください。

- 領収書及び明細書（原本）
- 市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に属することを証する書類
（市が課税状態や生活保護受給状態についての情報を保有していない場合又は市が市の保有する情報を確認することに同意しない場合のみ）
- 母子健康手帳の出生届出済証明及び聴覚検査結果を記載したページの写し
- 助成金の振込先の通帳の写し

（事務処理欄） 市民税非課税世帯 生活保護受給世帯