

新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

敦賀市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
新生児との続柄  
電話番号

敦賀市新生児聴覚スクリーニング検査事業実施要綱の規定により、下記のとおり関係書類を揃えて申請します。

なお、申請にあたり、対象者等の確認のため住民基本台帳を閲覧すること、申請内容の審査において必要な場合に敦賀市が医療機関等に対し受診内容の照会をすることについて同意します。

記

（注）太枠の中を記入してください

検査を受けた 新生児	住 所	敦賀市				
	氏 名		男・女	生年月日：	年 月 日	
検査医療機関名 及び所在地						
振込先	銀行・農協 信用金庫 信用組合 ゆうちょ銀行	支店 出張所 支所	普通 ・ 当座	口座番号		
	口座名義人	フリガナ 氏名				
申請額 _____ 円						

<添付書類>

- ①未使用の敦賀市新生児聴覚スクリーニング検査受診票（様式第1号）
- ②医療機関が発行する検査費用が確認できる領収書、診療明細書の写し  
※ない場合には、新生児聴覚スクリーニング検査費領収証明書（様式第4号）
- ③聴覚検査結果の写し、または母子健康手帳における聴覚検査結果の写し
- ④振込先口座の通帳の写し ※口座名義人、口座番号がわかるページのみ