

# 新生児聴覚検査及び1か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 厚

郵送で御申請される場合、こども家庭センターの受理日を申請日とします。  
 なお、受診日から1年を超えた場合、御申請できませんので御注意ください。

- ・私は、新生児聴覚検査及び1か月児健康診査費用助成金の交付申請書兼請求書に必要事項を記入し、申請書に添付し、郵送にて提出いたします。
- ・支給が決定した場合は、申請書に添付した領収書及び医療機関の診断書等を提出いたします。

※この申請に必要な住民基本台帳等に関する情報、診査及び検査の内容を厚木市が医療機関に確認することに同意します。

申請日 令和 ★年 ★月 ★日

申請者	ふりがな	あつぎ はなこ								
	氏名	厚木 花子								
	〒243-0018 (Tel. 046-225-2597)									
前住所は、転出者のみ記入	〒243-0018 中町1-4-1 保健福祉センター									
厚木市での住所を記入	前住所：〒	転出 申請者と口座名義人が異なる場合のみ、押印が必要です。								
対象児	ふりがな						生	年	月	日
	氏名						年	月	日	
母子健康手帳No.										
交付申請理由 (該当に☑)		<input checked="" type="checkbox"/> 厚木市と契約していない医療機関等で受診したため <input type="checkbox"/> 検査に要した費用が補助券の記載金額に満たなかったため <input type="checkbox"/> 転入をした日から転入の届出をした日までの間に受診したため								
交付申請額 ※内訳は裏面へ		△△△△円		申請項目 ※該当に☑						
				<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査						
【助成金振込先口座】 前住所は、転出者のみ記入										
金融機関名		支店名		種別		口座名義人				
厚木市役所 (銀行・農協・信用金庫・信用組合)		厚木支店 本店・支店・出張所		普通 当座 ( )		フリガナ アツギ タロウ 厚木 太郎				
口座番号		1	2	3	4	5	6	7		

※口座名義人が申請者と異なる場合は、以下に記入・押印をお願いします。

委任状	
委任者	住所 厚木市中町1-4-1 保健福祉センター 氏名 厚木 花子 (印) 厚木
私は、次の者を代理人と定め、申請項目の交付手続における受領の権限を委任します。	
代理人	住所 厚木市中町1-4-1 保健福祉センター 氏名 厚木 太郎 委任者との関係 夫

受 付

【厚木市処理欄】(以下は記入しないでください。)

次のとおり決定します。

助成決定額 (請求額)	円
助成決定年月日 (請求日)	令和 年 月 日

## 補助券を使用せずに受診した健康診査等の内訳

### 【新生児聴覚検査】

未使用補助券	検査日	支払金額	申請額
聴覚検査	RO・O・O	OOOO円	△△△△円
			△△△△円

- ① 受診日  
 ② 支払金額（領収書に記載されている領収書の総額）  
 ③ 申請額 を記入してください。

### 【市処理欄】

対象額	交付決定額
円	円
合	円

記入不要

### 【1か月児健康診査】

未使用補助券	受診日	支払金額	申請額
1か月児健康診査	RO・O・O	OOOO円	△△△△円
合 計			△△△△円

### 【市処理欄】

対象額	交付決定額
円	円
合 計	円

### 【注意事項】

- この書類（新生児聴覚検査もしくは1か月児健康診査費用助成金交付申請書兼請求書）に必要事項を記入の上、次の書類を添付して担当まで御郵送ください。  
 なお、書類不備の場合は受理できません。  
 (1) 母子健康手帳（表紙及び新生児聴覚検査もしくは1か月児健康診査受診記録が記載されているページ）【写し】  
 (2) 受診日の領収書（及び明細書）【原本】  
 (3) 未使用の新生児聴覚検査費用補助券もしくは1か月児健康診査票兼補助券【原本】
- 交付申請額が交付決定額とは限りません。交付決定額は、厚木市が領収書等を精査の上、決定いたします。