

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 木 市 長

- ・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を申請・請求します。
- ・支給が決定した助成金は、私が指定する次の口座に振り込んでください。
 ※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						
	氏名						
	住所 <small>※転出された方は厚木市での住所を記入</small>	現住所 〒	(Tel)				
		厚木市					
		[前住所 : 〒	転出日 : 年 月 日]				
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 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】							
金融機関名		支店名		種別	口座名義人		
銀行・農協・信用金庫・信用組合		本店・支店・出張所		普通 当座 ()	フリガナ		
口座番号							

※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 _____ 氏名 _____ (印)
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 _____ 氏名 _____ 委任者との関係 _____

【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。		受 付
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	・ ・	円	円
合 計			円

【市処理欄】

対象額	交付決定額
円	円
合 計	円

【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	・ ・	円	円
合 計			円

【市処理欄】

対象額	交付決定額
円	円
合 計	円