**新生児聴覚検査費用助成金交付申請書兼請求書**

（宛先）厚　木　市　長

郵送で御申請される場合、健康づくり課の受理日を申請日とします。

なお、新生児聴覚検査の受診日から６０日を超えた場合、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、新生児聴覚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

申請者と口座名義人が異なる

場合のみ、押印が必要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | ふりがな | **あつぎ　はなこ** | | | | | | | | | | | | |
| 氏　名 | **厚木　花子** | | | | | | | | | | | | |
| 住　所  ※転出された方は  厚木市での住所を  記入してください。 | 〒**243-0018**　　　　　　　　　　　　　　　　 　　(℡　 　 **046-225-2597**　　)  **厚木市中町1-4-1　保健福祉センター**  前住所：〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　転出日：　　　年　　　月　　　日  厚木市 | | | | | | | | | | | | | |
| 対象児 | ふりがな |  | | | | | | | | 生 年 月 日 | | | | | |
| 氏　名  (お子様のお名前) |  | | | | | | | | 年　　 月　 　日 | | | | | |
| 母子健康手帳No. | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 交付申請理由  （該当に☑） | | **☑**　厚木市と契約していない医療機関等で受診したため  □　新生児聴覚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  □　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 | | 添付書類 | | | 新生児聴覚検査費用補助券（未使用） | | | | | | | | |
| 提示書類 | | | 母子健康手帳、領収書 | | | | | | | | |
| 【助成金振込先口座】 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | **厚木市役所**  前住所は、転出者のみ記入  本店・支店・出張所 | | | | | 普 通  当 座  ( ) | | | ﾌﾘｶﾞﾅ　　**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** 　　　　　　　 ㊞

私は、次の者を代理人と定め、厚木市妊婦健康診査助成金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**

**厚木**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【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 |

**新生児聴覚検査費用補助券を使用せずに受診した健康診査の内訳**

**※太線の枠内を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　【市処理欄】**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 未使用補助券 | 受 診 日 | 支払金額 | 申請額 |  | 新生児聴覚検査対象額 | 交付決定額 |
| 聴覚検査 | **R〇・〇・〇** | **○○○○**円 | **△△△△**円 | 円 | 円 |
| 合　　　　　　　 計 | | | **△△△△**円 | 合　　　計  記入不要 | 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。  備　考 | | | | 備　考 | |

【注意事項】

１　この書類（新生児聴覚検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【原本】

２　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。