

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、新生児を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。
- ・支給が決定するまで、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。
- ※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						
	住 所 ※転出された方は厚木市での住所と転出先の住所を記入	〒 243-0018 (Tel 046-2 厚木市 中町 1-4-1 保健福祉センター [転出先の住所: 〒 転出先: 〒]						
対象児	ふりがな	あつぎ		生年月日				
	氏 名	厚木 鮎子		△△ 年 △△ 月 △△ 日 ▲▲ 厚木 花子				
母子健康手帳No.		△△ - △△△						
交付申請理由 (該当に☑)		☒ 厚木市と契約 ☐ 検査に要した ☐ 転入をした日 ☐ その他市長が認める者						
交付申請額 ※内訳は裏面へ		△△△△円		申請項目 ※該当に☑ ☒ 新生児聴覚検査 ☐ 1か月児健康診査				
【助成金振込先口座】								
金融機関名		本・支店名		種 別	口 座 名 義 (カタカナ)			
厚木市役所 銀行 農協・労働組合・信用金庫・信用組合		厚木市役所 支店 支所・他 ()		普 通	アツギ タロウ			
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、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

→→→ (裏面に続く) →→→

【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)	記入不要	厚木市 収受印
助成決定年月日 ()		

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	〇〇〇〇円	△△△△円
合 計			△△△△円

↑
受診日、該当検査の支払金額、申請額を
記入してください。
↓

【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	〇〇〇〇円	△△△△円
合 計			△△△△円

【市処理欄】

対象額	交付決定額
	円
合 計	円

記入不要

【市処理欄】

対象額	交付決定額
	円
合 計	円

記入不要

【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提出ください。
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。