

石狩市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

年 月 日

石狩市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
電 話
子との関係 父・母・養育者（ ）

石狩市新生児聴覚検査費助成金の交付について、関係書類を添えて次のとおり申請します。

母子手帳番号			
フリガナ	子の氏名	生年月日	年 月 日
子の住所			
子の住所	※申請者と同じ場合は省略できます。		
医療機関名			
初回検査結果 (全員記載)	検査日	年 月 日	月齢 か月 日
	検査判定	右 : パス・要再検査	左 : パス・要再検査
確認検査結果 (確認検査を実施した場合のみ)	検査日	年 月 日	月齢 か月 日
	検査判定	右 : パス・要再検査	左 : パス・要再検査
検査料金 (確認検査を実施した場合は初回検査と確認検査の合計)		円	
申請額 (上限額 6,000円+消費税の額まで)		円	
下記を確認し該当する□にチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 対象者等の確認のため、住民基本台帳を確認することに同意します。			
<input type="checkbox"/> 同一の検査に関して、他の市町村から同等の助成金の交付を受けていないことを誓約します。			
※市記入 市による助成金の額			円

振 込 口 座	金融機関名			支店名	
	預金種別	当座・普通	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人 ※申請者と同一の方				

- 添付書類 ①石狩市新生児聴覚検査受診票 【有・未交付】
- ②検査の領収書のコピー（出産費用などに含まれている場合は、診療明細書のコピーなど検査料金がかかるものを添付してください。お産セット料金など、検査料金がわからないものは助成対象外となります。）
- ③検査の結果がわかるもの（母子手帳）
- ④その他市長が必要と認める書類