第１号様式(第４条関係)

**鈴鹿市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書**

申請日　　年　　月　　日

（宛先）鈴鹿市長　様

〒　　　－

申請者住所

申請者氏名

電話番号　　　　（　　　）

下記のとおり新生児聴覚スクリーニング検査をしましたので、助成金を交付されたく、鈴鹿市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要領第４条の規定に基づき領収書を添えて申請します。この申請に関し、本市が保有する個人情報を閲覧・調査すること、医療機関等への確認、調査等を行うこと、及び検査結果について鈴鹿市に提出することに同意します。助成金の振込先は下記の口座を指定します。

１　申請金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　子どもの氏名、生年月日、受診医療機関、検査日、検査金額、申請金額

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子どもの氏名 | 生年月日 | 受診医療機関 | 検査日 | 検査金額 | 申請金額（検査金額と3、000円のいずれか少ない額） |
|  | 年 　月 　日 |  | 年 　月 　日 | 円 | 円 |
|  | 年　 月　 日 |  | 年　 月　 日 | 円 | 円 |

３　振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 銀行農協信用金庫 | 支店支所出張所 | 種　　別 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

４　添付書類

1. 聴覚検査の結果が記載された母子健康手帳または書類
2. 医療機関等発行の聴覚検査の費用が分かる領収書のコピー（あれば明細書）

|  |
| --- |
| ※振込先口座名義人と申請者が異なる場合は、ご記入ください。　私は、受任者に鈴鹿市新生児聴覚スクリーニング検査助成金の受領行為について委任します。委任者　　　　　　　　　　　　　　　　受任者　　　　　　　　　　　　　　委任者との続柄（　　　　） |

＊申請期日は、検査を受けた日から９０日以内です。