

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 <small>(検査金額と3,000円の いずれか少ない額)</small>
	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。