

諫早市新生児聴覚検査事業委託機関外受診に係る助成金交付申請書

年 月 日

諫 早 市 長 様

申請者の住所 諫早市

申請者の氏名

新生児聴覚検査を委託機関外で受診したので、諫早市妊産婦乳幼児健康診査実施規程第33条第2項の規定により関係書類を添えて申請します。なお、この健診結果が、健診事後指導や医学的な統計に使用されることに同意します。

|                  |                               |                      |      |                      |                     |       |          |       |  |
|------------------|-------------------------------|----------------------|------|----------------------|---------------------|-------|----------|-------|--|
| フリガナ             |                               |                      | 生年月日 | 令和 年 月 日<br>( 月 日 月) |                     |       |          |       |  |
| 受診者氏名            |                               |                      |      |                      |                     |       |          |       |  |
| フリガナ             |                               |                      |      |                      |                     |       |          |       |  |
| 保護者氏名            |                               |                      |      |                      |                     |       |          |       |  |
| 住 所              | 〒 諫早市                         |                      |      |                      |                     | TEL   | ( )      |       |  |
| 連絡先<br>(里帰り先)    | 〒 ( 様方)                       |                      |      |                      |                     | TEL   | ( )      |       |  |
| 健<br>診<br>回<br>数 | 今回請求する回数に○を付け、その受診日を記載してください。 |                      |      |                      |                     |       |          |       |  |
|                  | 初回検査                          | 年 月 日                |      |                      | 確認検査                | 年 月 日 |          |       |  |
| 振<br>込<br>先      | 金融機関名                         | 銀行<br>金庫<br>農協<br>漁協 |      |                      | 本店<br>支店<br>出張<br>所 |       | 預金<br>種別 | 普通・当座 |  |
|                  | フリガナ                          |                      |      |                      | 口座<br>番号            |       |          |       |  |
|                  | 口座名義人                         |                      |      |                      |                     |       |          |       |  |

\* 本申請が承認された場合は、上記口座(申請者名義)に振り込んでください。

【請求内訳】

(単位：円)

| 区 分  | ア 領収金額 | イ 支給限度額 | 請求額<br>(アとイのうち少ない額) |
|------|--------|---------|---------------------|
| 初回検査 |        | 3,000   |                     |
| 確認検査 |        | 3,000   |                     |
| 総合計  |        |         |                     |

\* (添付書類) ・領収書(原本又は写し)  
・該当する受診票(結果記載のあるもの) または検査結果記載のある母子手帳の写し  
\*(注) 受診した日から1年以内に申請ください。

|        |
|--------|
| 領収書添付欄 |
|        |