

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 諫早市東小路町7番1号

申請者の氏名 諫早 太郎

申請者と受診者が異なる場合は、委任状又は関係を証明する書類が必要です。

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	イサハヤ ハナコ	生年月日	令和 5年 4月 3日 (6か月)	
受診者氏名	諫早 花子			
フリガナ	イサハヤ タロウ			
保護者氏名	諫早 太郎			
住 所	〒854-0014 諫早市 東小路町7番1号	住民票上の住所	TEL (0957) 22-0000	
連絡先 (里帰り先)	〒 (長崎 様方) 福岡市〇〇区〇〇町 12-5		TEL (095) 824-0000	
健診回数	今回請求する回数に〇を付け、その受診日を記載してください。			
	初回検査	2023年 4月 6日	確認検査	年 月 日
振込先	金融機関名	諫早	本店	預金
	フリガナ	イサハ タロウ	支店	
	口座名義人	諫早 太郎	口座番号	0 1 2 3 4 5 6

口座名義と受診者が異なる場合は、委任状が必要です

*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。

右詰め

【請求内訳】

(単位：円)

区 分	ア 領収金額	イ 支給限度額	請求額 (アとイのうち少ない額)
初回検査	5,500	3,000	3,000
確認検査		3,000	
総合計			3,000

*(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