様式第３号（第７条関係）

いなべ市新生児聴覚スクリーニング検査費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　いなべ市長　　　宛て

申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(保護者)氏名　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　）－

　いなべ市新生児聴覚スクリーニング検査費の助成金の交付を受けたいので、いなべ市新生児聴覚スクリーニング検査費助成事業実施要綱第７条第２項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

　また、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被検査者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　月　　日 |
| 検査医療機関名 |  |
| 検査年月日 |  |
| 申請額 |  |
| 交付決定額（※市記入欄） |  |
| 検査結果 | 右耳 | 異常なし・要再検 | 検査方法 | ＡＡＢＲ　ＡＢＲ　ＯＡＥ |
| 左耳 | 異常なし・要再検 |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　　　銀行　　　　　　　　本店金庫　　　　　　　　支店農協　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通当座 | （ふりがな）口座名義人 |  |
| 口座番号 |  |

注　申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。

記

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委任者　　　住所

（申請者）　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　受任者　　　住所

（口座名義）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

（添付書類）　新生児聴覚検査に係る領収書の写し

　　　　　　　母子健康手帳の写し又は聴覚検査を受けたことが分かる書類