

様式第1（第10条関係）

新生児聴覚検査費償還払助成金申請書兼請求書

令和 年 月 日

鹿児島市長 殿

鹿児島市新生児聴覚検査実施要綱第10条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり新生児聴覚検査に係る費用の助成について申請します。助成金は、下記の口座に振り込んでください。

フリガナ 申請者氏名					
申請者住所		鹿児島市		電話 — —	
フリガナ 子の氏名		生年月日 年 月 日		出生順位 第 子	
申請内容	検査種別	検査日	申請額	受診日チェック	決定額
	初回検査	年 月 日	円		円
	確認検査	年 月 日	円		円
	合計	回	円		円
振込先	本・支店名	種別	口座番号	口座名義	
銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	普通 当座		フリガナ	

（申請者名義の口座に振り込むときは、下枠内は記入不要）

委任者（申請者）	氏名	印
上記受診費に係る助成金の受領に関することを下記の者に委任します。		
受任者（口座名義人）	住所	
	氏名	申請者との続柄

処理欄（下枠内は記入不要）

決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
-------	-------	--------	---

◎申請上の注意

- この申請書は、鹿児島市民の方で、県外の医療機関（国内のみ）において新生児聴覚検査（保険診療分を除く。）を受診された方が受診費の払戻しを受けるための書類です。
- 申請者は、医療機関発行の領収書、振込先の口座の通帳（写し）及び母子健康手帳（写し）と受診票を添付してください。受診票1枚につき助成は1回しか受けられません。受診票には、お母さんシールを貼付し、又は、番号をご記入ください。
- 受診費に係る助成金の請求は、新生児聴覚検査を受診した日の翌日からできます。申請については、検査日から起算して6月以内に請求してください。