様式第１号（第４条関係）

佐久市新生児聴覚検査県外受検補助金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

（申請（請求）先）佐久市長

新生児聴覚検査を実施しましたので、次のとおり申請（請求）します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請（請求）者 | ふりがな |  | | | | 電話  （　　　） | |
| 氏　名 |  | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | |
| 新生児氏名  （生年月日） | | （　　　年　　月　　日） | | | | | |
| 検査医療機関名 | | （名称）  （所在地） | | | | | |
| 検査内容 | | 検査日 | | 補助金の  上限額（A） | 支払額  （B） | 請求額  （A）又は（B）のいずれか少ない額 | |
| 初回検査  （1回目） | | 年　月　日  （生後　日） | | 5,000円 | 円 | 円 | |
| 確認検査（※）  （2回目） | | 年　月　日  （生後　日） | | 5,000円 | 円 | 円 | |
| 右の金額を請求します。 | | | | | | 円 | |
| 補助金の振込先 | ふりがな | | 金融機関コード | | 支店コード | | 口座番号 |
| 口座名義人 | | 金融機関 | | 支店名 | |
|  | |  | |  | |  |
|  | |  | |  | |

※確認検査は、初回検査で要再検査になった場合のみ実施するものとする。

添付書類

ア　医療機関等が発行した検査料の領収書の写し

イ　聴覚検査の結果票又は結果が記録されている母子健康手帳の写し

ウ　医療機関等で検査結果について記載した新生児聴覚検査受検票（新生児聴覚検査受検票の交付を受けている場合に限る。）

エ　その他市長が必要と認める書類