

新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(あて先)飯塚市長

委託外医療機関で受診した新生児聴覚検査について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 氏名：  
住所：  
連絡先： - -  
新生児との続柄（ ）

※申請者は新生児の保護者、又はその者からの委任を受けた受任者に限ります。

|     |       |                                 |                |            |                         |
|-----|-------|---------------------------------|----------------|------------|-------------------------|
| 保護者 | 氏 名   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |                | 生年月日       | 年 月 日<br>( 歳)           |
|     | 住 所   | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | 〒              |            |                         |
|     | 連 絡 先 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ |                |            |                         |
| 新生児 | 氏 名   |                                 |                | 生年月日       | 年 月 日                   |
| 申請額 | 受検種別  |                                 | 窓口負担額合計<br>(A) | 上限額<br>(B) | 申請(請求)額<br>(AとBのうち少ない額) |
|     | 自動ABR | OAE                             | 円              | 円          | 円                       |

※太枠内は記入しないでください。

私が受領する新生児聴覚検査助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

|       |           |                           |
|-------|-----------|---------------------------|
| 振込先口座 | 金 融 機 関 名 | 銀行 本店<br>信用金庫 支店<br>農協 支所 |
|       | 預 金 種 別   | 普通 ・ 当座                   |
|       | 口 座 番 号   |                           |
|       | フ リ ガ ナ   |                           |
|       | 口 座 名 義 人 |                           |

【誓約・同意事項】 ※該当する項目に☑を入れてください。

|                                                                                    |                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| この申請に係る住民基本台帳(申請者と保護者が異なる場合は双方の登録事項)及び医療機関等における情報について、飯塚市が必要と認めるときは調査を行うことに同意しますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 申請内容に偽りがあった場合や相違があり支給要件に該当しなかった場合には、支給済みの費用を返還することに同意しますか。                         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

裏面もあり

※新生児の保護者と異なる者が申請する場合や、申請者と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下欄の記入を必ずお願いします。

### 委任状

年 月 日

委任者（保護者）

住所

氏名

私は新生児聴覚検査助成金交付において下記の者を代理人と定め、  
（申請（請求） ・ 受領 ）に関する一切の権限を委任します。※委任する項目に○をつけてください

受任者（保護者との続柄： ）

住 所

生年月日

氏 名

※郵送の場合には必ず、下欄2か所の貼付をお願いします。

## 申請者及び委任者の本人確認書類（写し） 貼り付け欄

○運転免許証、マイナンバーカード（オモテ面のみ）、パスポート、在留カード、外国人登録証等の、顔写真付きの本人確認ができる書類のいずれかひとつの写しをこの欄に貼り付けてください。

## 振込先口座確認書類（写し） 貼り付け欄

- 記載した口座の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人（カナ）が分かる通帳やキャッシュカードの写しをこの欄に貼り付けてください。
- ネットバンキング等で紙媒体の通帳等がない場合は、電子通帳の画面等の画像を貼付してください。