

筑紫野市助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 筑紫野市長

筑紫野市新生児聴覚検査実施規則第8条第1項又は筑紫野市産婦健康診査及び1か月児健康診査実施規則第8条第1項の規定に基づき、

- ☐ 新生児聴覚検査 ☐ 産婦健康診査 ☐ 1か月児健康診査 に係る助成金を申請します。
- ☐ 申請した内容に確認の必要がある場合は、医療機関等に問い合わせすることに同意します。

1 申請者（受診者又は受診者の保護者）

ふりがな			生年月日
氏名	印		年 月 日
住所 連絡先	〒 —	TEL ()	
	筑紫野市		

2 助成金申請額

	受診種目	内容	受診年月日	自己負担額	申請額 (請求額)
1	新生児聴覚検査 受診者氏名 〔 〕 生年月日 〔 年 月 日 〕	初回検査 ☐ AABR ・ ☐ OAE	年 月 日	円	円
		確認検査 ☐ AABR ・ ☐ OAE	年 月 日	円	円
2	産婦健康診査 受診者氏名 〔 〕 生年月日 〔 年 月 日 〕	☐ 1回目（2週間）	年 月 日	円	円
		☐ 2回目（1か月）	年 月 日	円	円
3	1か月児健康診査 受診者氏名 〔 〕 生年月日 〔 年 月 日 〕		年 月 日	円	円
				申請額合計 (請求額)	円

3 振込先口座 ※「1 申請者」と異なる場合は委任状が必要です。

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	金融機関 コード					本店 支店 支所	支店 番号			
預金種別	普通 ・ 当座		口座番号								
フリガナ											
口座名義											

【添付書類】

- 医療機関等が発行する検査（健診）に係る領収書又はその写し（診療明細書等を含む）
- 検査（健診）結果が記載された助成券（受診券）