

記入例

八尾市 新生児聴覚検査 費用助成金交付申請書

申請日 年 月 日

(あて先) 八尾市長

関係書類を添えて、下記のとおり
また、上記助成金を交付決定する
内容確認等することを了承します。

**原則申請者は母親です。やむを得ない
事情により母親以外での申請となる場合
は、その他に✓し、児(受検者)との続柄
を記入してください。**

診査費用の助成を申請します。
寛や、医療機関等への支払い内

押印が必要です。

申請者 (母親)	氏名	やお はなこ 八尾 花子	続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 (続柄)	生年月日	〇〇年 〇月 〇日
	住所	〒〇△□- 〇〇×× 八尾市〇〇町△△-□			電話番号	090-〇〇〇〇-××××
児 (受検者)	氏名	やお たらう 八尾 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	△△年 △月 △日
	受検(診)時の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 581 - 八尾市			在胎週数(△)週	
新生児聴覚検査	検査日	〇〇年 〇月 〇日	申請額	金 〇〇〇〇 円	検査方法	<input checked="" type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE
	乳児一般(1か月児)健康診査	受診日	〇〇年 〇月 〇日	申請額	金 〇〇〇〇 円	いずれかに✓
通知書の郵送先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒					

日中、連絡が取れる電話番号を記入してください。

申請者(母親)と児(受検者)の住所が異なる場合は記入してください。
※受検日において、児(受検者)が八尾市民でない場合は、対象外となります。

実際にかかった金額が上限金額より上回った場合は、上限金額を記入してください。

振り込み日(翌月平日最終日)の1週間前に決定通知書を送付します。
上記の受診時の住所と異なる場合は郵送先をご記入ください。

交付の決定があったときは、次の口座

振込先	金融機関名	△△ (銀行)金庫・農協	△△ 本店・支店・出張所
	ゆうちょ銀行	店番	× × ×
	預金種別	普通 当座	(やお はなこ) 八尾 花子
口座番号(左詰記入)	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	確認欄 申請時いずれかに✓	<input type="checkbox"/> 振込指定口座が確認できるものを提出しました <input type="checkbox"/> (ネット銀行の場合)職員と確認しました

<委任状>私は、口座名義人を代理人と定め、申請する助成金の受領についての権限を委任します。
年 月 日 申請者自署

*以下、市記入欄

申請受理年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
---------	-------	--

口座名義人が申請者と異なる場合は委任状欄を記入してください。

- ※市確認欄
- 申請者本人確認 (運転免許証・個人番号カード・住民票・各種保険証・日本国旅券・各種障がい手帳・在留カード・その他 ())
 - こどもの住基 (確認したら✓)
 - 振込先が旧姓の場合、旧姓が確認できるものをコピー

様式第1号

八尾市 新生児聴覚検査 乳児一般(1か月児)健康診査 費用助成金交付申請書

申請日 年 月 日

(あて先)八尾市長

関係書類を添えて、下記のとおり新生児聴覚検査費及び乳児一般(1か月児)健康診査費用の助成を申請します。
また、上記助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、医療機関等への支払い内容確認等することを了承します。

※氏名欄は、申請者本人が自署しない場合のみ、押印が必要です。

申請者 (母親)	氏名		続柄	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> その他 (続柄)	生年月日	年 月 日
	住所	〒 -			電話番号	
児 (受検 (診者))	氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
	受検(診)時の住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 581 - 八尾市				
新生児 聴覚検査	検査日	年 月 日		申請額	金 円	
	検査方法	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE				
乳児一般 (1か月児) 健康診査	受診日	年 月 日		申請額	金 円	
	通知書の郵送先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒				

交付の決定があったときは、次の口座に口座振替されるように依頼します。

振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所		
		ゆうちょ銀行		店番		
	預金種別	普通・当座	(ふりがな) 口座名義人	()		
	口座番号 (左詰記入)			確認欄 申請時いずれかに✓	<input type="checkbox"/> 振込指定口座が確認できるものを提出しました <input type="checkbox"/> (ネット銀行の場合)職員と確認しました	
<p><委任状>私は、口座名義人を代理人と定め、申請する助成金の受領についての権限を委任します。</p> <p>年 月 日 申請者自署 _____</p>						

*以下、市記入欄

申請受理 年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	決定額	新生児聴覚 金 円
				1か月健診 金 円

※市確認欄 申請者本人確認 (運転免許証・個人番号カード・住民票・各種保険証・日本国旅券・各種障がい者手帳・在留カード・その他 ())
こどもの住基 (確認したら✓)
振込先が旧姓の場合、旧姓が確認できるものをコピー