

記入見本

3条関係)

市川市新生児聴覚検査受診費給付金交付申請書兼請求書

市川市長

下記のとおり、関係書類を添えて、新生児聴覚検査の受診に要する費用の給付を  
また、市川市がこの申請に必要な情報について調査し、及び医療機関等に照会

郵送の場合、日付を  
記入しないでください

|       |                               |      |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------|-------------------------------|------|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ  | イチカワ ハナコ                      | 申請日  | 令和       |   |   | 年 |   |   | 月 |   |   | 日 |
| 申請者氏名 | 市川 花子                         | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 〇 | 〇 | 年 | 〇 | 〇 | 月 | 〇 | 〇 | 日 |
| 住所    | 〒 272 - 0023<br>市川市 南八幡4-18-8 |      |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 電話番号  | 自宅： - - 携帯： 090 - 0000 - 0000 |      |          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|                  |                               |            |               |             |                                |                              |                             |                               |                                |   |                             |                               |   |
|------------------|-------------------------------|------------|---------------|-------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|---|
| フリガナ             | イチカワ タロウ                      | 母子健康手帳別冊番号 |               |             |                                |                              |                             | 〇                             | 〇                              | 〇 | 〇                           | 〇                             | 〇 |
| 受診者氏名            | 市川 太郎                         | 生年月日       | 令和            | 〇           | 〇                              | 年                            | 〇                           | 〇                             | 月                              | 〇 | 〇                           | 日                             |   |
| 住所               | 〒 272 - 0023<br>市川市 南八幡4-18-8 |            |               |             |                                |                              |                             |                               |                                |   |                             |                               |   |
| 検査結果             | 初回検査                          | 令和         | 〇             | 年           | 〇〇                             | 月                            | 〇〇                          | 日                             | <input type="checkbox"/> 自動ABR | 右 | <input type="checkbox"/> パス | <input type="checkbox"/> リフアー |   |
|                  | 再検査                           | 令和         | 年             | 月           | 日                              | <input type="checkbox"/> ABR | 左                           | <input type="checkbox"/> パス   | <input type="checkbox"/> リフアー  |   |                             |                               |   |
|                  |                               |            |               |             |                                | <input type="checkbox"/> OAE | 左                           | <input type="checkbox"/> パス   | <input type="checkbox"/> リフアー  |   |                             |                               |   |
| 再検査              | 令和                            | 年          | 月             | 日           | <input type="checkbox"/> 自動ABR | 右                            | <input type="checkbox"/> パス | <input type="checkbox"/> リフアー |                                |   |                             |                               |   |
|                  |                               |            |               |             | <input type="checkbox"/> ABR   | 左                            | <input type="checkbox"/> パス | <input type="checkbox"/> リフアー |                                |   |                             |                               |   |
| 再検査              | 令和                            | 年          | 月             | 日           | <input type="checkbox"/> OAE   | 左                            | <input type="checkbox"/> パス | <input type="checkbox"/> リフアー |                                |   |                             |                               |   |
|                  |                               |            |               |             | <input type="checkbox"/> 自動ABR | 右                            | <input type="checkbox"/> パス | <input type="checkbox"/> リフアー |                                |   |                             |                               |   |
| 領収書記載額<br>(市記入欄) | ※記入しないでください                   | 円          | 申請額<br>(市記入欄) | ※記入しないでください | 円                              |                              |                             |                               |                                |   |                             |                               |   |
|                  |                               |            |               |             |                                |                              |                             |                               |                                |   |                             |                               |   |

※振込先は申請者の口座名義をご記入ください。ただし、やむを得ない理由にて振込先が申請者以外の場合は委任状が必要となります。

上記の申請を可とする旨の決定をした場合にあっては、下記の口座に振り込んでください。

|       |          |   |      |   |                |      |   |   |   |              |   |
|-------|----------|---|------|---|----------------|------|---|---|---|--------------|---|
| 金融機関名 | 0000     |   |      |   | 銀行・組合<br>金庫・農協 | 0000 |   |   |   | 本店・支店<br>出張所 |   |
| コード番号 | △        | △ | △    | △ | 0000           |      |   |   | △ | △            | △ |
| 預金種別  | 普通・当座    |   | 口座番号 |   | △              | △    | △ | △ | △ | △            | △ |
| フリガナ  | イチカワ ハナコ |   |      |   |                |      |   |   |   |              |   |
| 口座名義人 | 市川 花子    |   |      |   |                |      |   |   |   |              |   |

申請者と異なる名義の口座へ振り込みを  
希望する場合は委任状が必要です

以下は記入しないでください

|       |   |       |  |     |                 |
|-------|---|-------|--|-----|-----------------|
| 申請受付日 | / | 申請受付者 |  | 来所者 | 父・母・児( )・その他( ) |
|-------|---|-------|--|-----|-----------------|

○をつけて確認

| 写し                 | 記入                          | 本人確認                  |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------|
| 母子健康手帳(表紙)         | 新生児聴覚検査申請書                  | 1点確認                  |
| 母子健康手帳(新生児聴覚検査の記録) | 新生児聴覚検査受診票                  | 運転免許証 マイナンバーカード パスポート |
| 母子全ての入院領収書・あれば明細書  | 返信用封筒                       | 障害者手帳 特別永住者証明書 在留カード  |
| ※外国籍の方:通帳見開きページ    | 申請者以外の口座 → 委任状<br>(申請者旧姓含む) | その他( )                |
|                    |                             | 2点確認                  |
|                    |                             | 健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書 |
|                    |                             | 共済組合の組合員証・年金手帳・       |
|                    |                             | 法人発行の身分証明書(顔写真付)      |
|                    |                             | その他( )                |

## 市川市新生児聴覚検査受診費給付金交付申請書兼請求書

また、市川市がこの申請に必要な情報について調査し、及び医療機関等に照会することに同意します。

|       |         |      |          |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
|-------|---------|------|----------|--|--|---|--|--|---|--|--|---|
| フリガナ  |         | 申請日  | 令和       |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 申請者氏名 |         | 生年月日 | 昭和<br>平成 |  |  | 年 |  |  | 月 |  |  | 日 |
| 住所    | 〒 市川市   |      |          |  |  |   |  |  |   |  |  |   |
| 電話番号  | 自宅： 携帯： |      |          |  |  |   |  |  |   |  |  |   |

|                  |      |                                                             |                                |    |   |  |                             |  |  |   |                               |  |  |   |
|------------------|------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|----|---|--|-----------------------------|--|--|---|-------------------------------|--|--|---|
| フリガナ             |      |                                                             | 母子健康手帳別冊番号                     |    |   |  |                             |  |  |   |                               |  |  |   |
| 受診者氏名            |      |                                                             | 生年月日                           | 令和 |   |  | 年                           |  |  | 月 |                               |  |  | 日 |
| 住所               |      | 〒                  ー<br>市川市                                 |                                |    |   |  |                             |  |  |   |                               |  |  |   |
| 検査結果             | 初回検査 | 令和                  年                  月                  日 | <input type="checkbox"/> 自動ＡＢＲ |    | 右 |  | <input type="checkbox"/> パス |  |  |   | <input type="checkbox"/> リフアー |  |  |   |
|                  |      |                                                             | <input type="checkbox"/> ＡＢＲ   |    |   |  |                             |  |  |   | <input type="checkbox"/> リフアー |  |  |   |
|                  |      |                                                             | <input type="checkbox"/> ＯＡＥ   |    | 左 |  | <input type="checkbox"/> パス |  |  |   | <input type="checkbox"/> リフアー |  |  |   |
|                  |      |                                                             |                                |    |   |  |                             |  |  |   |                               |  |  |   |
| 検査結果             | 再検査  | 令和                  年                  月                  日 | <input type="checkbox"/> 自動ＡＢＲ |    | 右 |  | <input type="checkbox"/> パス |  |  |   | <input type="checkbox"/> リフアー |  |  |   |
|                  |      |                                                             | <input type="checkbox"/> ＡＢＲ   |    |   |  |                             |  |  |   | <input type="checkbox"/> リフアー |  |  |   |
|                  |      |                                                             | <input type="checkbox"/> ＯＡＥ   |    | 左 |  | <input type="checkbox"/> パス |  |  |   | <input type="checkbox"/> リフアー |  |  |   |
|                  |      |                                                             |                                |    |   |  |                             |  |  |   |                               |  |  |   |
| 検査結果             | 再検査  | 令和                  年                  月                  日 | <input type="checkbox"/> 自動ＡＢＲ |    | 右 |  | <input type="checkbox"/> パス |  |  |   | <input type="checkbox"/> リフアー |  |  |   |
|                  |      |                                                             | <input type="checkbox"/> ＡＢＲ   |    |   |  |                             |  |  |   | <input type="checkbox"/> リフアー |  |  |   |
|                  |      |                                                             | <input type="checkbox"/> ＯＡＥ   |    | 左 |  | <input type="checkbox"/> パス |  |  |   | <input type="checkbox"/> リフアー |  |  |   |
|                  |      |                                                             |                                |    |   |  |                             |  |  |   |                               |  |  |   |
| 領収書記載額<br>(市記入欄) |      | 円                                                           | 申請額<br>(市記入欄)                  |    | 円 |  |                             |  |  |   |                               |  |  |   |

上記の申請を可とする旨の決定をした場合にあっては、下記の口座に振り込んでください。

|       |                |  |      |  |              |  |  |  |  |  |
|-------|----------------|--|------|--|--------------|--|--|--|--|--|
| 金融機関名 | 銀行・組合<br>金庫・農協 |  |      |  | 本店・支店<br>出張所 |  |  |  |  |  |
| コード番号 |                |  |      |  |              |  |  |  |  |  |
| 預金種別  | 普通・当座          |  | 口座番号 |  |              |  |  |  |  |  |
| フリガナ  |                |  |      |  |              |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 |                |  |      |  |              |  |  |  |  |  |

----- 以下は記入しないでください -----

|       |   |       |  |     |                 |
|-------|---|-------|--|-----|-----------------|
| 申請受付日 | ／ | 申請受付者 |  | 来所者 | 父・母・児( )・その他( ) |
|-------|---|-------|--|-----|-----------------|

| 写し                 | 記入                          | 本人確認 |                       |                                     |        |
|--------------------|-----------------------------|------|-----------------------|-------------------------------------|--------|
| 母子健康手帳(表紙)         | 新生児聴覚検査申請書                  | 1点確認 | 運転免許証                 | マイナンバーカード                           | パスポート  |
| 母子健康手帳(新生児聴覚検査の記録) | 新生児聴覚検査受診票                  |      | 障害者手帳                 | 特別永住者証明書                            | 在留カード  |
| 母子全ての入院領収書・あれば明細書  | 返信用封筒                       |      | その他( )                |                                     |        |
| ※外国籍の方:通帳見開きページ    | 申請者以外の口座 → 委任状<br>(申請者旧姓含む) | 2点確認 | 健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書 | 共済組合の組合員証・年金手帳・<br>法人発行の身分証明書(顔写真付) | その他( ) |