

様式第2号（第8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申請します。
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										
申請者氏名	申請日	令和			年			月		日
	生年月日	昭和	平成			年			月	日
住所	〒 市川市									
電話番号	自宅： 携帯：									

フリガナ														
受診者氏名	母子健康手帳別冊番号													
	生年月日	令和			年			月		日				
住所	〒 市川市													
医療機関名						医療機関住所								
検査結果	初回検査	令和			年			月		日	<input type="checkbox"/> 自動A B R <input type="checkbox"/> A B R <input type="checkbox"/> O A E	右 左	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> パス	<input type="checkbox"/> リファー <input type="checkbox"/> リファー
	再検査	令和			年			月		日	<input type="checkbox"/> 自動A B R <input type="checkbox"/> A B R <input type="checkbox"/> O A E	右 左	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> パス	<input type="checkbox"/> リファー <input type="checkbox"/> リファー
	再検査	令和			年			月		日	<input type="checkbox"/> 自動A B R <input type="checkbox"/> A B R <input type="checkbox"/> O A E	右 左	<input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> パス	<input type="checkbox"/> リファー <input type="checkbox"/> リファー
領収書記載額 (市記入欄)	円					申請額 (市記入欄)	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	銀行・組合 金庫・農協					本店・支店 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()
-------	---	-------	--	-----	-----------------

○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	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	2点確認	健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書
※外国籍の方:通帳見開きページ	申請者以外の口座 → 委任状 (申請者旧姓含む)		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()

記入見本

(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申請します。

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。

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	〇	〇	年	〇	〇	月	〇	〇	日
住所	〒 272 - 0023 市川市 南八幡4-18-8												
電話番号	自宅： - -		携帯： 090 - 1234 - 5678										

フリガナ	イチカワ タロウ		母子健康手帳別冊番号										
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 市川市 南八幡4-18-8												
医療機関名	〇〇産婦人科		医療機関住所	市川市八幡1-1-1									
検査結果	初回検査	令和 〇 年 〇 月 〇 日	<input checked="" type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE		右 <input checked="" type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー 左 <input checked="" type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー								
	再検査	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE		右 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー 左 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー								
	再検査	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> ABR <input type="checkbox"/> OAE		右 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー 左 <input type="checkbox"/> パス <input type="checkbox"/> リファー								
領収書記載額 (市記入欄)	※ 記入しないでください 円		申請額 (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	〇〇		銀行 組合 金庫・農協	〇〇								本店・支店 出張所			
コード番号	△	△	△	△									△	△	△
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	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	2点確認	健康保険証(国保・健保)・児童扶養手当証書
※外国籍の方:通帳見開きページ	申請者以外の口座 → 委任状 (申請者旧姓含む)		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()