

横浜市新生児聴覚検査費用助成申請書

横浜市長

関係書類を添えて、新生児聴覚検査費用の助成を申請します。
横浜市がこの申請に必要な情報について調査すること、医療機関等に新生児聴覚検査について照会することに同意します。

申請日	年 月 日
-----	-------

太枠の中をご記入ください。

母子健康手帳番号	
----------	--

(フリガナ)	()	印
申請者氏名		
生年月日	年 月 日生	
住 所	〒 ー ー 横浜市	
電話番号	ー ー	自宅・呼出・職場 携帯・PHS・滞在先()
	ー ー	自宅・呼出・職場 携帯・PHS・滞在先()

振 込 先	金融機関名	銀行 本店 信金 支店 信組 出張所 農協	捨 印
	預金種別	1 普通 2 当座 (いずれかに○)	
	(フリガナ)	()	
	口座名義人		
※1	口座番号	(右づめで記入)	

申請者本人以外の口座に振り込むときは下記の委任についてご記入ください。

私は、次の者に新生児聴覚検査費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。	
住所 受任者 氏名 (口座名義人)	委任者 氏名 (申請者)
	印

【注意】 訂正する場合は「＝(二重線)」で訂正し、訂正箇所申請者印を押印してください。
修正テープ、修正液等による訂正はできません。

※1 振込先がゆうちょ銀行の場合には、振込用の店名・口座番号を確認してご記入ください。

ご提出いただいた個人情報は、新生児聴覚検査費用助成の申請状況を管理するために電子計算機処理を行います。横浜市個人情報の保護に関する条例第10条第1項ただし書きに定める場合を除き、新生児聴覚検査費用助成事業以外の目的で利用することはありません。

受 理 印
印

裏面に申請する新生児聴覚検査の受検・支払状況を記入してください。

<申請できる場合>

- ① 市外の横浜市と契約していない病院もしくは診療所で受検した場合
- ② 検査費用が補助金額を下回った場合

受検年月日	検査費用 (自己負担額)
_____年 _____月 _____日	_____円

子の生年月日	子の氏名
_____年 _____月 _____日	_____

本申請書には、次の書類を添付してください。

- 助成を申請する新生児聴覚検査費用が含まれる領収書のコピー
※紛失した場合は、医療機関で支払った金額を証明できるもの
- 未使用の新生児聴覚検査費用補助券
- 母子健康手帳の「表紙」及び「(乳児)検査の記録」のコピー
- 振込先金融機関名・口座番号・口座名義人が分かるもののコピー
- 転出先の住民票（横浜市に住民票があるときに受検し、申請時点で市外へ転出した場合のみ）

提出先・問い合わせ先
〒231-0017 横浜市中区港町1-1
横浜市子ども青少年局 子ども家庭課
新生児聴覚検査事業担当
Tel 045-671-2455/Fax 045-681-0925