様式第３号

令和　　年　　月　　日

富山市新生児聴覚検査費助成交付申請書兼請求書

（宛先）　富山市長

関係書類を添えて、下記のとおり富山市新生児聴覚検査費助成を申請します。

　　また、次の事項について同意します。

　　（１）本申請書及び添付資料に含まれる個人情報について、 市が助成金交付の可否に係る確認にのみ

利用すること

　　（２）医療機関等が、申請者の申請状況や検査内容等の情報を市に提供すること

　　（３）検査内容や費用について、支払いに必要な情報について市が医療機関等へ照会すること

**１　申請者（保護者記入）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | | 児との続柄 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　－  富山市 | | | |
| ふりがな |  | 男  ・  女 | 生年月日 | 令和４年　　月　　日 |
| 対象児氏名 |  |
| 対象児住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　※　申請者住所と異なる場合に記載 | | | |
| 電話番号 | （　　　　　　　） | | | |

**２　請求額**　　　　　　　　　　　　円　　＊　検査費用は5,000円を上限とし、ご請求ください。

**３　振込先**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | | | | | | | | 支店名 | | | | 預金種別 |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | 普通 ・ 当座 |
| 銀行コード | | |  | |  | |  | |  | | 支店コード |  |  |  |
| 口座番号 | | | | | | | | | | | 口座名義　＊　カタカナで記入 | | | | |
|  |  |  | |  | |  | |  | |  |  | | | | |

（添付書類）

　　□１　新生児聴覚検査受診票（様式第１号）

　　□２　聴覚検査の領収書・明細書（写し）

R4.4

|  |  |
| --- | --- |
| 申請確認印 | 申請受理印 |
|  |  |