（様式第４号）

新生児聴覚検査費償還払申請書

年 月 日

（宛先）旭　川 市 長

旭川市新生児聴覚検査事業実施要綱第８条に基づき，下記のとおり申請します。決定した助成額は下記の口座に振り込んでください。なお，申請にあたり市が私の住民基本台帳を閲覧すること，また，確認等が必要な場合は医療機関等へ問合せすることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 申請者（児の保護者） | 　　　　　　　　　　　　　 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 受診児氏名 |  |
| 申請者住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診した医療機関 | 名称 |  |
| 所在地（市町村名） | 都･道･府･県　　　　　　　区･市･町･村 |
| 検査日 | 年　　月　　日 | 検査結果 | 右　パス　・　リファー左　パス　・　リファー |
| 申請額（＊１） | 　　　　　　　　　　　　　　円 | 助成決定額（旭川市記入欄） | 　　　　　　　　　　　円 |

＊１　新生児聴覚検査に要した費用を記入してください。

＊２　振込先の口座名義人が申請者以外の場合は，下記の委任状に記入・捺印が必要です。

【振込先金融機関の名称および口座番号】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行信用金庫　　　　　　　　信用組合 | 本店支店　　　出張所 | 種別 | １.普通２.当座 |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | 金融機関ｺｰﾄﾞ |  |  |  |  | 支店ｺｰﾄﾞ |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座名義（＊２） |  |

委　　任　　状

私は，上記の口座名義人に新生児聴覚検査費用助成金の受領を委任します。

年　　月　　日　　　　　　　　（委任者）住所

氏名