様式第１号（第８条関係）

新生児聴覚検査償還払い

 年 月 日

（宛先）松阪市長

申請者兼請求者（保護者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
|  |  |  |
| 電話番号 |  |

松阪市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成申請書兼実績報告書兼請求書

新生児聴覚スクリーニング検査費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付が決定したときは、助成金 金 　 円を次の口座まで振り込んでください。

# １. 受検者

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 松阪市 |
|  |  | 続柄： | 生年月日 | 年月日 |
| 受検医療機関 |  |
| 受検日 | 年月日 | 自己負担額 |  | 円 |

# 2. 助成金の振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 店名 | 口座種別 | 口座番号 |
|  |  | 当座・普通その他（ ） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 | フリガナ |
| 銀行・信用金庫・農協労働金庫・漁協 | 本店・支店・出張所 |  |  |

# 3. 添付書類

1. 松阪市新生児聴覚スクリーニング検査結果票兼代理受領委任同意書
2. 新生児聴覚スクリーニング検査に係る領収書の原本
3. 母子健康手帳の新生児聴覚スクリーニング検査の結果が記載されているページのコピー又は、新生児聴覚スクリーニング検査の結果がわかるもの

※振込先口座名義人と請求者が異なるときは、次の委任状に記入してください。

**委任状**

私は、受任者（上記の口座名義人）に松阪市新生児聴覚スクリーニング検査費用助成金の受領行為について委任します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委任者（請求者） | ： | 住所  |  | 受任者（口座名義人） | ： | 住所 |
| 氏名  |  | 名前 |  |