

様式第1号（第6条関係）

里帰り等新生児等聴覚スクリーニング検査補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（宛先）静岡市長

住所

申請者（保護者） 氏名

電話番号

補助金の交付を受けたいので、静岡市里帰り等新生児等聴覚スクリーニング検査補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請し、及び受診の実績を報告します。

1 申請額 円

2 受診者情報等

(1) 受診者氏名 _____ (_____ 年 _____ 月 _____ 日生)			
(2) 検査実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日			
(3) 検査内容 ☐ 自動ABR ☐ OAE			
受診医療機関等	名 称	所在地	
	電話番号		
	代表者の氏名		
申請受理月日	年 _____ 月 _____ 日	交付・不交付	補助金額 金 _____ 円

（注）太枠の中を記入してください。

3 添付書類

- (1) 領収書の写し等検査の実施が確認できる書類
- (2) 未使用の静岡市新生児等聴覚スクリーニング検査受診票
- (3) 母子健康手帳の写し

（注）補助金の上限額は、自動ABRは4,700円、OAEは2,100円で、生後6月までの間に受診した初めての検査1回のみが補助対象となります。

様式第3号（第8条関係）

請 求 書

年 月 日

（宛先）静岡市長

住 所

請求者 氏 名

電 話

年 月 日付け 第 号により補助金の交付の確定を受けた補助金について、静岡市里帰り等新生児等聴覚スクリーニング検査補助金交付要綱第8条の規定により、次のとおり請求します。

1 請求額 円

2 振込口座

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本支店 出張所	本店 支店 出張所
	預金種別	普 通 ・ 当 座		
	口座番号			
	ふりがな			
	口座名義人			

（注）口座名義が申請者でない場合は、委任状に必要事項を記入してください。

委 任 状

里帰り等新生児等聴覚スクリーニング検査補助金の受領を

住所氏名に委任します。

年 月 日

委任者

住所氏名