様式第３号（第９条関係）

年　　月　　日

太宰府市長　殿

申請者兼請求者　住　所

氏　名

　　　　　　　電話番号

太宰府市新生児等聴覚検査費用助成金申請書兼請求書

下記のとおり、必要書類を添えて検査費用助成金を申請及び請求いたします。

記

１．受検者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  | | |

２．検査の種類及び交付申請額（※太枠は市で記入します。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 初回検査 | 検 査 日 | 検 査 方 法  （□にチェックしてください） | 検査費用  （A） | 上限額  （B） | 申請額  （A,Bどちらか少ない額） |
| 年　月　日 | □自動聴性脳幹反応検査（AABR）  □耳音響放射検査（OAE） | 円 | 円 | 円 |
| 確認検査 | 検 査 日 | 検 査 方 法  （□にチェックしてください） | 検査費用  （ A ） | 上限額  （　　 B　　　） | 申請額  （A,Bどちらか少ない額） |
| 年 月　日 | □自動聴性脳幹反応検査（AABR）  □耳音響放射検査（OAE） | 円 | 円 | 円 |
| 申　請　合　計　額 | | | | | ￥　　　　　　円 |

３．振込金融機関

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込口座 | 金融機関名 | 銀行・農協  金庫・信用組合 | | | | | | 支 店 名 | | | | 本店・ | | | | | | | | 支　店  出張所 | | | | | | |
| 預 金 種 目 | 普 通 ・ 当 座 | | | | 口 座 番 号（右詰め） | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 口 座 名 義  （カタカナで記入） |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |

※振込先の口座名義が申請者兼請求者と異なる場合

|  |
| --- |
| 委　任　状  年　　月　　日　　私は、上記に係る検査費用助成金の受領を下記の者に委任します。  （住所）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（氏名） |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付書類  (申請に必要なもの) | ○申請者本人確認書類※運転免許証、マイナンバーカードなどいずれかひとつ  ○検査費用が確認できる書類（領収書及び明細書、支払証明書の写しなど）  ○検査結果が確認できる書類（母子健康手帳の写しなど）  ○その他市長が必要と認める書類 |

【主管課記入欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 本人確認方法 | 窓口受付⇒□マイナンバーカード　□運転免許証　□その他（　　　　　　　） | | |
| 郵送受付⇒□マイナンバーカード □運転免許証　□その他（　　　　　　　） | | |
| 検　収　日 |  | 受　　付　　者 |  |