

太宰府市長 殿

申請者兼請求者 住 所 観世音寺1丁目1-1アパート観世101号

氏 名 太宰府 梅子

電話番号 090-1234-5678

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 ※聴覚検査を受けたお子さまのお名前等

氏 名	太宰府 太郎	生年月日	令和6年 4月 1日
住 所	太宰府市観世音寺1丁目1-1アパート観世101号		

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)
	R6年 4月 4日	☒ 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) ☐ 耳音響放射検査 (OAE)	5,000 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	福岡 銀行・農協 金庫・信用組合	支店名	本店・ 太宰府 支店 出張所
	預金種目	普通・当座	口座番号(右詰)	1 2 3 4 5 6 7
	口座名義 (カタカナで記入)	タ ッ サ ッ イ フ ウ メ コ		

※振込先の口座名義が申請者兼請求者と異なる場合

※振込先が申請者と同じの場合は不要

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	振込先が 申請者本人以外 の場合は 委任状欄をご記入ください	いずれかひとつ の写しなど)
	○検査費用が確定した領収書		
	○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