

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	