

尼崎市新生児聴覚検査助成申請書

受付印

尼崎市 市長様

関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査費の助成を申請します。なお、この申請に係る審査のため、尼崎市が医療機関等へ受診内容の照会をすること及び住民基本台帳を閲覧することに同意します。

【太枠内をご記入ください】

申請年月日	令和 年 月 日						
申請者 (保護者)	フリガナ		生年月日				
	氏名		昭和・平成 年 月 日生				
	住所	〒 ー □検査受検日に尼崎市に住民登録しています 尼崎市					
	電話番号		乳児との続柄 父・母・その他()				
	世帯区分	□市町村民税非課税世帯 □生活保護世帯					
(保護者以外が来所 した場合) 代理人氏名	フリガナ	続柄	電話番号				
	氏名						
受検者 (乳児)	フリガナ	生年月日					
	氏名	男・女	令和 年 月 日生				
	住所 (申請者と異なる 場合)	〒					
受検日	令和 年 月 日 (生後 か月 日)	助成申請額	円				
実施医療機関		(自動ABR検査上限8,000円、OAE検査上限3,000円、 検査方法が不明の場合は空白に)					
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協	支店名	本店・支店・出張所			
	種別	普通・当座	支店コード				
	フリガナ		口座番号				
	口座名義人						
口座名義人が申請者の氏名以外(旧姓も含む)の場合は、下記に署名してください。 私は、上記口座名義人に受領を委任します。 令和 年 月 日 申請者氏名							

【提出書類】

- 申請者(保護者)の本人確認書類
 医療機関の領収証及び診療明細書(原本)
 母子健康手帳(検査結果等の記載があるもの)または検査結果がわかるもの
 世帯調書(様式第2号)
 世帯全員の所得を証明する書類(市民税非課税世帯の方は市民税課税証明書、生活保護世帯は生活保護受給証の写し)
※市民税非課税世帯の方は、市が公簿等で課税情報を確認できる場合は提出不要です。
 助成金振込口座の通帳またはキャッシュカード

<受付時記載欄>

申請受付日	<input type="checkbox"/> 検査を受けた日から6か月以内である
検査受検日	<input type="checkbox"/> 生後2か月以内である
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE
検査結果	<input type="checkbox"/> パス(Pass) <input type="checkbox"/> 再検査(Refer)
備考	
受付担当者	

<審査欄>

受付番号	
審査結果	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適
支給決定日	
助成金額	円
担当者確認欄	

世 帯 調 書

申請者(保護者)の氏名				乳児の氏名		
乳児の属する世帯構成員	世帯構成員(注1)	本人との続柄	性別	生年月日	当該年1月1日時点の住所地(注2)	備考
				S H R		
				S H R		
				S H R		
				S H R		
				S H R		
				S H R		
世帯外扶養義務者(注3)	氏名			S H R		
	住所			R		
	氏名			S H R		
	住所			R		

注1 世帯構成員欄には、申請者(保護者)と生計を同じくしている人を全員記入してください。

注2 1月～5月までに検査を受検した方は、前年1月1日現在にお住いの市町村、
6月～12月までに検査を受検した方は、本年1月1日現在にお住いの市町村を記入してください。

この調書には、世帯全員について、課税の証明書類(市民税非課税世帯の方は市民税課税証明書、生活保護世帯の方は生活保護受給証の写し)を提出してください。
※ただし、証明が必要な課税年度の賦課基準日(1月1日)において尼崎市に住民登録がある方で市で課税状況の確認が取れる場合は証明書の提出を省略できます。

注3 世帯外扶養義務者欄は世帯構成員以外で、現に児を扶養している人がいる場合にのみ記入してください。(単身赴任の場合等)

注4 申請後に住所の変更、扶養義務者の変動などがありましたら届出をしてください。