

鎌倉市新生児聴覚検査費補助金申請書

太枠内を記入してください

市
使用欄

(宛先)

年 月 日

鎌倉市長 様

〒

住 所

申請者
(保護者)

氏 名

電話番号

関係書類を添えて、新生児聴覚検査費の補助金の交付を申請します。

なお、補助金の交付決定にあたり、必要があるときは、鎌倉市が住民票記載事項について確認すること及び領収書の内容等について、医療機関等に確認することに同意します。

受検児	ふりがな	生 年 月 日	年 月 日
	氏名		
検査日 ※申請期限は検査日 から1年以内	年 月 日	検査の種類 (いずれかに○)	A A B R ・ O A E
申請理由 (いずれかに✓)	<input type="checkbox"/> 医療機関で補助券が利用できなかったため <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査費が補助券記載額に満たなかったため <input type="checkbox"/> その他 ()		【申請金額】 <div>円</div>

該当
・
非該当

対象
・
非対象

対象
・
非対象

【振込先口座情報】

金融機関名		口座名義 (カタカナ)					
銀行 金庫 組合							
支店名		預金種別 (いずれかに✓)	口座番号 (右詰めで記入)				
本店 支店 出張所		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					

【添付書類】

- (1) 聴覚検査に係る領収書、検査費用が確認できる書類の写し
(検査項目名が明記された診療明細書等が発行されていれば、領収書と併せてその写しも添付)
- (2) 母子健康手帳等（聴覚検査の実施が確認できる書類）の写し
- (3) 補助券（A A B R用あるいはO A E用、いずれか受検した方）

確認して
チェック
☐

☐

☐

市使用欄

受付印	A 申請額	領収書	B 補助額	→	A・Bのいずれか≤	
	円	適	円		補助決定額	円
		不適			補助不可	