

## 新生児聴覚検査県外受検補助金交付申請書（兼請求書）

令和      年      月      日

宮崎市長      殿

新生児聴覚検査県外受検にかかる費用について、宮崎市新生児聴覚検査県外受検者に対する補助金交付要綱第4条の規定により補助金の交付を申請し、下記の金額を請求します。

※ 太 枠 内 を 記 入 し て く だ さ い 。	申請者の住所		〒      - 宮崎市								
	申請者の氏名 (児の保護者)		フリガナ			生 年 月 日					
	児の氏名		フリガナ			生 年 月 日					
	検査受検日		令和      年      月      日			連絡先 (携帯等)		-      -			
	振込先		金融機関名		銀行 金庫 農協			本店・本所 支店・店 出張所		預金種別	普通・当座 ・その他
			フリガナ		口座番号						
			口座名義人								
	添付書類 ※□にチェック		<input type="checkbox"/> 受診した医療機関等の領収書(原本) <input type="checkbox"/> 通帳の写し(口座番号・口座名義・支店名記載) <input type="checkbox"/> 受診した医療機関等の診療明細書(原本) <input type="checkbox"/> 宮崎市新生児聴覚検査(自動ABR)同意書兼助成券 <input type="checkbox"/> 親子(母子)健康手帳「新生児聴覚検査結果」の写し								
	※振込先が申請者本人以外の口座名義の場合は、下記の委任状を記入。										
	委任状		委 任 状								
		私、(      )は、新生児聴覚検査県外受検にかかわる補助金の振込みについて、(      )に、その権利を委任いたします。 令和      年      月      日 住所      氏名									
※申請者住所以外の住所（里帰り先等）に通知書の送付を希望する場合は下記に記入。											
住 所 (里帰り先)		〒      -      連絡先 (      -      -      ) (      様方)									

		請求額			円	
※職員記入欄	区分	提出	受診年月日	① 補助対象額	② 支給限度額	補助額 (①と②のうち少ない額)
	新生児聴覚検査		令和      年      月      日	円	円	円
	決定金額					円