

### 里帰り等の新生児聴覚検査費助成金申請書

新宿区長あて

②申請額 5,000 円

上記金額を助成金として申請しますので下記の口座に振り込みください。

申請者記入欄 (太枠内を記入)											
フリガナ	シンジユク ハナコ				生年月日	昭和	7年1月1日			平成	
申請者氏名 ③ (産婦ご本人)	新宿 花子										
住所 ④	新宿区歌舞伎町1-4-1				電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
出産年月日	令和6年5月1日			母子健康手帳 交付日 ⑤	令和5年10月1日 交付						
申請理由	東京都外での受診				その他( )						
振込先	口座振替 指定金融機関	△△△△ 金融機関コード(□□□□)		銀行 信用金庫 信用組合	××××× 支店番号( # # # )			本店 支店 出張所			
	口座種別	①普通	2当座	口座番号(右づめで記入)		1	2	3	4	5	6
フリガナ ⑦	シン シ ュ ク ハ ナ コ				*旧姓の口座を指定するときは以下に氏名の記入をお願いします。 振込先口座は私の旧姓の口座に間違いありません。						
*口座名義	新宿 花子				氏名						

\*口座名義欄に申請者以外を指定する場合は下欄の委任状にもご記入・押印が必要です。

委任状	
私は、助成金の受領を上記口座名義の者に委任します。	年 月 日
⑧	申請者(産婦)氏名

新生児聴覚検査の受診について			区審査欄及び備考
受診人数	受診日(受診票未使用)	自己負担金額 ⑨ (保険適用分を除く)	記入しないでください
1人	5月5日	5,000 円	

区職員記入欄		窓口・郵送	年月日受理
助成限度額計	3,000 円	整理番号	
自己負担額	円	区印日	年 月 日
助成決定額	円	転出日	年 月 日

説明事項

① 区役所提出年月日を記入

② 自己負担額の合計を記入します。(ただし、審査により金額が変更する場合があります。)

③ 検査を受けた新生児の産婦ご本人の氏名を記入し認印を押印してください。

④ 現在、転出されている方は現住所と新宿区の住所を記入してください。ただし、電話は現在の連絡先をお願いします。(例)A市〇〇(新宿区歌舞伎町〇〇)

⑤ 母子健康手帳の表紙に記載してありますので、記入してください。

⑥ 該当されるものを○で囲んでください。

⑦ 姓と名はスペースで空けてください。濁点(・)・半濁音(゜)は一字としてみます。  
\*通帳等に記載のフリガナを記入。

⑧ 申請者(産婦)の認印で押印してください。

⑨ 受診票が使用できなかった回で保険適用外分の自己負担金を記入してください。

⑩ 色のついた部分は記入しないで下さい。

※記入上、誤字があった場合は再度書き直しをお願いします。  
申請後、誤字等が発見された際に、一度お返しさせていただく場合がありますのでご注意ください。