

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

③ 印

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 シンジュク ハナコ
申請者氏名④ (産婦ご本人) 新宿 花子
住所⑤ 新宿区歌舞伎町1-4-1
出生年月日 令和元年5月1日
申請理由 東京都外での受診
振込先 口座振替指定金融機関 銀行 信用金庫 信用組合
口座種別 (1普通) 2当座
フリガナ⑧ シン シ ュ ク ハ ナ コ
*口座名義 新宿 花子

* 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。
申請者(産婦)氏名 印

新生児聴覚検査の受診について
受診人数 1人
受診日(受診票未使用) 5月5日
自己負担金額⑩ (保険適用分を除く) 5,000 円
区審査欄及び備考 記入しないでください

区職員記入欄
助成限度額計 3,000 円
自己負担額 円
助成決定額 円
窓口・郵送 年月日受理
整理番号
区民日 年月日
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記入上、誤字の訂正等があった場合は申請者の印鑑で訂正いたしますので、捨印を押印願います。申請後、誤字等が発見されても、指定箇所に押印がないと一度お返しすることになりますのでご注意ください。
④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。
⑤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でお願いします。(例)A市〇〇(新宿区歌舞伎町〇-〇)
⑥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。
⑦該当されるものを○で囲んでください。
⑧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。
⑨申請者(産婦)の認印で押印してください。
⑩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。
⑬色のついた部分は記入しないで下さい。