

年 月 日

（宛先）小金井市長

申請者 住 所  
氏 名  
電 話（ ） —

里帰り等新生児聴覚検査受診費助成金交付申請書兼請求書

東京都外の医療機関で新生児聴覚検査を受診し、費用を負担したので、小金井市里帰り等新生児聴覚検査受診費助成金交付要綱第4条第1項の規定により下記のとおり助成金の交付を申請・請求します。

この申請内容について、公簿との照合及び医療機関等へ確認することに同意します。

記

新生児聴覚検査

受診機関名		所在地	
受診年月日	年 月 日	負担額	円

新生児聴覚検査精密検査

受診機関名		所在地	
受診年月日	年 月 日	負担額	円

里帰り等新生児聴覚検査受診費助成金口座振替依頼書

助成金については、次の口座に振り込んでください。

振 込 先 金 融 機 関		店番号	口座番号（普通口座）
銀行	本		
信用金庫	・店	口座名義 (カタカナ)	
農協	支	口座は、原則申請者名義のものに限ります。	

- (注1) 添付書類 ① 母子健康手帳の写し（表紙と新生児聴覚検査のページ）  
② 新生児聴覚検査の領収証の写し及び診療明細書の写し  
③ 未使用の「新生児聴覚検査受診票」
- (注2) 助成金額 検査の自己負担額と助成上限額のいずれか低い方の金額
- (注3) 申請期間 受診日から1年間
- (注4) 振込先 原則として新生児聴覚検査受診者の保護者の口座  
保護者名義の口座がない場合は、別紙委任状を提出