

(申請日) 年 月 日

(宛先) 川崎市長

川崎市新生児聴覚検査事業実施要綱第11条の規定により、関係書類を添えて新生児聴覚検査費用の助成を申請します。

川崎市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

1. 申請者

※1～4の太枠内を記入してください。

母子健康手帳番号 (川崎市で交付の方のみ)							母子健康手帳 別冊交付日	年	月	日
フリガナ							生年月日	年	月	日
申請者氏名										
申請者の現住所 連絡先	〒	—					電話	—	—	
引越し先の住所 (該当の方のみ)	〒	—					引越し(予定)日	年	月	日

2. 振込先

金融機関名							金融機関コード				
支店名							支店コード				
預金種別	普通	番号					フリガナ				
	当座						口座名義人				
<p>※ 申請者以外の口座に振り込むときは、以下の委任について記入してください。</p> <p>----- 記 -----</p> <p>私は、次の者に新生児聴覚検査費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。</p> <p>受任者(口座名義人) 委任者(申請者)</p> <p>氏名 氏名</p> <p style="text-align: center;">(印) (印)</p>											

3. 受診・支払状況

フリガナ							検査を受けた子の 生年月日	年	月	日
検査を受けた子の 氏名										
検査費用 (自己負担額)							検査を受けた日	年	月	日
検査実施機関名										

4. 申請に必要な書類

※郵送する前に提出書類の確認をしてください。

(確認欄)

検査の費用が記載されている領収書の写し	確認欄 <input type="checkbox"/>
母子健康手帳の検査の記録のページの写し	確認欄 <input type="checkbox"/>
母子健康手帳の出生届出済証明のページの写し	確認欄 <input type="checkbox"/>
振込先の口座番号の分かるものの写し(預金通帳、キャッシュカード等のコピー)	確認欄 <input type="checkbox"/>
受診証明書 (領収書や母子健康手帳のページの写しが提出できない方のみ)	確認欄 <input type="checkbox"/>

(注意)

※ 御提出いただいた個人情報、新生児聴覚検査事業以外の目的で利用することはありません。

※ 不正な行為により本事業の助成を受けたとき、又は給付後に過誤額が確認されたときは、助成金の全部又は一部を返還していただきます。

川崎市受理印