

福岡市新生児聴覚検査・産婦健康診査助成金交付申請書（請求書）

年 月 日

申請先 福岡市長

私は、下記事項に同意の上、福岡市新生児聴覚検査・産婦健康診査助成金の交付を申請します。

- ① 申請した内容について確認の必要がある場合は、福岡市が公簿等で確認することや医療機関等に問い合わせをすることに同意します。
- ② 福岡市が公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

1 申請者

ふりがな		生年月日
氏名	印 <small>※自署もしくは記名押印</small>	S・H 年 月 日
住所 連絡先	〒 ー 福岡市 区	TEL ()

2 助成金申請額

(1) 新生児聴覚検査

ふりがな		生年月日			
赤ちゃんの氏名		年 月 日			
住所 (申請者と違う場合)	都道府県 市区町村				
受検年月日	検査内容	検査結果	自己負担額 (領収書金額)	申請額	
年 月 日	AABR・OAE	初回検査 右 パス・リファア 左 パス・リファア	確認検査 右 パス・リファア 左 パス・リファア	円	円

(2) 産婦健康診査

ふりがな		生年月日	
産婦の氏名		S・H 年 月 日	
住所 (申請者と違う場合)	都道府県 市区町村		
産婦健康診査	健診受診日	自己負担額 (領収書金額)	申請額
1回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円

3 振込先 「1 申請者」の氏名と異なる場合は委任状が必要です。

金融機関名	銀行・金庫・農協				本店・支店・出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号	番号 (左づめで記入)			(フリガナ)
						口座名義
ゆうちょ銀行 口座への振込 を希望の場合	店番	番号 (左づめで記入)			(フリガナ)	
		口座番号				口座名義

- (添付書類) ①領収書 (保険診療でないことが確認できるもの)
 ②助成を希望する検査 (健診) の福岡市の助成券 (料金請求用のページ)
 ③振込先口座の通帳のコピー (預金名義人等が確認できるページ)
 ※ 母子健康手帳、「福岡市妊婦健康診査・産婦健康診査助成券つづり」を持参してください。

受付印