

世田谷区新生児聴覚検査費用助成金申請書兼口座振替依頼書

世田谷区長 あて

世田谷区新生児聴覚検査費用助成金(以下「助成金」という。)について、関係書類を添えて下記のとおりを申請します。
 なお、申請にあたり、区が住民基本台帳を閲覧すること及び審査に必要な内容を医療機関等へ確認することに同意します。

		申請日		年	月	日	
申請者	フリガナ			生年月日	年	月	日
	申請者(訂正不可)						
	現住所	〒 世田谷区		※転出された方は世田谷区での住所を記入			
	転出先	〒		※世田谷区より転出している場合のみ記入			
	決定通知書送付先住所	〒		※原則上記住所に送付。長期間不在にするなど、特別な事情がある場合のみ記入(様方)			
電話番号	— —		検査を受けた者との関係				
フリガナ				生年月日	年	月	日
検査を受けた者の氏名							

審査の結果、助成金の支給を決定した場合は、私が指定する下記の口座に振り込んでください。
 口座名義人が私以外の場合は、助成金を受領する権限を口座名義人に委任します。

金融機関名及び支店名	銀行・信用金庫・信用組合 ・労働金庫・農協	本店・支店・出張所	預金種別				普通				
			口座番号								
コード											
フリガナ ※必ず記入											
口座名義人		口座名義を旧姓使用している場合はチェック☑してください→									
申請者と口座名義人が異なる場合、口座名義人の住所				申請者と同住所・別住所[]							

請求に必要な書類(添付を確認したら□に✓してください。)

<input type="checkbox"/>	未使用の受診票	新生児聴覚検査 ※受診票を使用せずに受診したことを確認するために、必ず提出してください。 ※本人記入欄に記載してあっても構いません。3枚綴りのままご提出ください。
<input type="checkbox"/>	母子健康手帳(親子健康手帳)「検査の記録」欄のコピー(「新生児聴覚検査」結果の表)	
<input type="checkbox"/>	医療機関等発行の領収書のコピー(原本不可、返却しません) ※領収書の診察日に検査日が含まれること	
<input type="checkbox"/>	医療機関等発行の診療費明細書のコピー(原本不可、返却しません)	

※その他書類審査の結果、区長が必要と認める書類の提出をお願いすることがあります。

【区処理欄】

住定日 年 月 日～ 年 月 日

支給決定額					円
-------	--	--	--	--	---