

# 申請書記入例

第6号様式（第15関係）

（表）

令和〇年7月1日

調布市長 宛

申請者 住 所 **調布市小島町2-33-1**  
氏 名 **調布 太郎**  
電話番号 **042 (441) 6081**  
受検者との続柄 **父**

申請者は保護者です。

## 調布市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

調布市新生児聴覚検査費助成金について、次のとおり関係書類を添えて申請します。

また、この申請の内容について、公簿等との照合及び医療機関へ確認申請者（保護者）の氏名を記入

新生児聴覚検査をしたお子さんの氏名・生年月日等を記入

同意欄 氏名 **調布 太郎**

受 検 者 (対象児)	ふりがな	<b>ちょうふ いちろう</b>	生 年 月 日
	氏 名	<b>調布 一郎</b> <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <small>※お名前が決まっていない場合は、名の記入は不要です</small>	<b>令和〇年4月1日</b>
	住 所	〒 <b>182-0026 調布市小島町2-33-1</b>	
母 の 氏 名	<b>調布 花子</b>		公費負担対象となる検査方法
検 査 実 施 日	<b>令和〇年4月30日</b>		
検 査 方 法	<b>自動聴性脳幹反応（自動ABR）</b>	耳音響放射（OAE）	
検 査 費 用	<b>5,000円</b>		
助成金申請額	<b>3,000円</b> ※初回検査費用対象（上限3,000円）		
備	検査費用が3,000円に満たない場合は、その額となります。		

振込先 （注）口座名義は、申請者のものに限りません。

申請者の口座情報を記入

金融機関名	コード	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	支店名	コード	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
	<b>〇〇銀行</b>				<b>××支店</b>					
預 金 口 座	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座	口座番号	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	
フリガナ	<b>チヨウフ タロウ</b>									
口座名義	<b>調布 太郎</b>									

(裏)

〈必要書類〉

- 1 母子健康手帳のコピー(新生児聴覚検査の記録のページ)
- 2 領収書の原本(新生児聴覚検査の費用が含まれているもの)
- 3 明細書(領収書の明細がわかるもの)
- 4 未使用の新生児聴覚検査受診票
- 5 キャッシュカード等のコピー(申請書の振込先に記入した口座番号のわかるもの)

〈注意事項〉

- 1 東京都区内に居住する平成31年4月1日以降出生した児が対象。(生後50日に達する日まで)
- 2 初回検査のみ公費負担の対象となり3,000円を上限に、1人につき1回助成します。
- 3 申請期間は出産後、出産日の翌日から起算して1年間です。
- 4 調布市に住民登録がある期間内の新生児聴覚検査に限られます。