

弘前市長 殿

令和5年度弘前市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和5年度弘前市新生児聴覚検査費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍等の確認及び医療機関等へ受診等の確認を行うことに同意します。

※太枠内のみご記入ください。

(ふりがな) 申請者氏名		児との続柄	
申請者住所			
電話番号			
(ふりがな) 対象児の氏名		生年月日	年 月 日
検査機関名			

※申請者は新生児聴覚検査を受けた児の父または母

振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協 支店 出張所		
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号	
	口座名義人	ふりがな		

※ 口座名義人が申請者と異なる場合は、以下に記入・押印をお願いします。

委任状	
委任者 住所	
氏名	(※)
私は次のものを代理人と定め、弘前市新生児聴覚検査費助成金の申請手続きにおける受領権限を委任します。	
代理人 住所	
氏名	
委任者との関係	
(※) について、本人が手書きしない場合は、記名押印してください。	

市役所処理欄	※記入不要			
検査日	検査の種類	助成上限額	助成対象経費	助成額
令和 年 月 日	①AABR ②OAE	3,800円		

【必要書類】

- ①検査に要した経費の領収書及び医療費明細書の写し
- ②検査の受診日及びその結果が記載されている母子健康手帳の写し
- ③出生届出済の証明が記載されている母子健康手帳の写し
- ④振込先の金融機関名、支店名、口座種別、口座番号及び口座名義人がわかる書類

担当および提出先：弘前市健康増進課母子保健係 (弘前市大字野田二丁目7番地1 弘前市保健センター内) 電話：37-3750
