

別記様式第3号（第9条関係）

新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年　月　日

木津川市長 宛て

申請者（保護者）

住所

氏名

電話番号

新生児聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、木津川市新生児聴覚検査費用助成事業実施要綱第9条第2項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、助成金の交付決定に当たり、木津川市が受検医療機関等に受検状況等を確認することに同意します。

受検者の氏名			
受検者の生年月日	年　月　日		
自己負担額	円		
検査の種類	(該当するものに○を付けてください) ABR ・ 自動ABR ・ OAE		

振込先口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	口座番号	本店					
			支店	出張所	支店	出張所	支店	出張所
預金種別	普通 ・ 当座							
口座名義	(フリガナ)							

(申請者本人の口座以外に振込みを希望する場合)

上記の口座に振込みを依頼します。 (請求者署名)

<添付書類>

- 木津川市新生児聴覚検査受診券
- 医療機関等が発行する領収書（原本）

<注意事項>

- ① 助成の額は、助成対象となる検査内容について定められた上限額（ABR検査又は自動ABR検査：4,020円、OAE検査：1,500円）と医療機関等に支払った金額を比較して少ない方の額になります。
- ② 助成金の申請は、受検者が出生した日から1年以内に行ってください。