

記入例

・消せるボールペン・えんぴつ
・修正液・修正テープ・訂正印

使用できません

第2号様式（第8条関係）

鴨川市新生児聴覚スクリーニング検査負担金交付申請書

日付は
記入しないで下さい

（宛て）

鴨川市長

日付は記入しないで下さい

鴨川市に住民登録がある保護者の氏名を記入
電話番号は昼間に連絡がとれる番号を記入して下さい

申請者（保護者）

住所

氏名

電話番号（ ）

朱肉を使用し、はっきりと印影が
できるようにして下さい
（シャチハタは使用できません）

印

鴨川市新生児聴覚スクリーニング検査実施要綱第8条第3項の規定により、次のとおり負担金の交付を申請します。

新生児	住所 （※1）	☐ 保護者の住所と同一の住所（予定を含む。） ☐ 保護者の住所と異なる住所（予定を含む。） （住所 ）
	氏名	
	生年月日	年 月 日
受診年月日	年 月 日	
検査の方法 （※2）	☐ 自動聴性脳幹反応検査（自動ABR） ☐ 聴性脳幹反応検査（ABR）	
申請額（自己負担金）	円	
負担金決定額（※3）	円	

この欄は記入しないで下さい

- （※1） 該当する項目の□にチェックしてください。保護者の住所と異なる住所（予定を含む。）の場合は、その住所を記載してください。
（※2） 該当する項目の□にチェックしてください。
（※3） 太枠内は、鴨川市が記入します。

振込先口座にゆうちょ銀行を指定する場合は、
通帳の2ページ目に記載のある漢数字3桁
が支店名となります。（例0五八支店）

振込先口座

申請者（保護者）の口座を記入

金融機関名		本店・支店
口座種別	普通・当座	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人	申請者（保護者）の名義の口座を記入して下さい	

添付書類

- 1 未使用の新生児聴覚スクリーニング検査受診票
 - 2 新生児聴覚スクリーニング検査に要した費用の領収書・明細書
 - 3 母子手帳の写し（表紙・出生届出済証明・検査結果の記録）
- * 窓口で申請の際は、母子健康手帳と認印をお持ちください。