

記入例

8年5月1日

弘前市長 殿

令和8年度弘前市新生児聴覚検査費助成金交付申請書

令和8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。申請者は新生児聴覚検査を受けた児の父または母

(フリガナ)	ヒロサキ ハナコ		
申請者氏名	弘前 花子	児との続柄	母
申請者住所	弘前市大字駅前町9番地20		
電話番号	090-1234-5678		
(フリガナ)	ヒロサキ タロウ		
対象児の氏名	弘前 太郎	生年月日	8年4月16日
検査医療機関名	〇〇病院		
振込先	金融機関名	弘前	青森
	預金種別	1. 普通 2. 当座	口座番号 1234567
	(フリガナ)	ヒロサキ ハナコ	
	口座名義人 (申請者と同じ)	弘前 花子	

【必要書類】

<input type="checkbox"/>	① 未使用の「弘前市新生児聴覚検査受診票」
<input type="checkbox"/>	② 検査に要した経費の領収書及び医療費明細書の写し
<input type="checkbox"/>	③ 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
<input type="checkbox"/>	④ 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
<input type="checkbox"/>	⑤ 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

<担当及び提出先>

弘前市こども家庭センター

(弘前市健康こども部こども家庭課母子保健係)

〒036-8003 弘前市大字駅前町9番地20 ヒロロ3階

電話 0172-33-1652

【弘前市処理欄】

	検査の種類	助成上限額	助成対象経費	助成額
初回検査	① 自動ABR	自動ABR 6,600円	円	円
	② OAE	OAE 3,800円		
確認検査	① 自動ABR	自動ABR 6,600円	円	円
	② OAE	OAE 3,800円		