

第1号様式

京都市新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

※年※月※日

〔宛先〕京都市長

申請者

住 所 京都市〇〇区〇〇町〇〇番

氏 名 京都 花子

生年月日 ※年※月※日

電話番号 090-XXXX-XXXX

申請者＝請求者＝振込先の口座名義人となるよう記載をしてください。

（申請者本人名義の口座がない場合には、配偶者等の代理人名義の口座への振込みを認めますが、その際には、委任状の提出が必要になります。）

聴覚検査費用助成金の交付を受けたいので、京都市新生児聴覚検査費用助成金交付要綱第4条より、次のとおり関係書類を添えて申請します。

本申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合については、京都市が受診医療機関等に受診状況等の確認を行うことに同意します。

受診者（児）の氏名	京都 太郎	（第1子）
受診者（児）の生年月日	※年	※月 ※日
自己負担額	5,000円	
検査の種類 （○をしてください）	ABR又はAABR、OAE	

新生児聴覚検査の費用を記載してください。
（健康保険による検査は、助成対象外となります。）

受検した検査の種類に○をつけてください。

〔添付書類〕

- 〔必須〕□ ① 新生児聴覚検査受診券
※ 助成金の交付申請に係る受診券については、「受診者記入欄」及び「医療機関等記入欄」に必要事項の記載があるもの
- 〔必須〕□ ② 医療機関等が発行する領収書原本及び明細書（全員）
※ 受診者氏名、保険適用外の新生児聴覚費用であること、受検年月日、領収書金額及び医療機関名等を確認できるもの
- 〔必須〕□ ③ 母子健康手帳の写し「出生届出済証明」「検査の記録」（全員）
- 〔必須〕□ ④ 助成金の振込先口座がわかるもの（全員）
※ 申請者（新生児の保護者）名義の預金通帳（金融機関名、支店名、口座種別、口座名義人、口座名義が確認できる部分）の写し等
- ⑤ 新生児聴覚検査実施証明書（以下に当てはまる場合のみ）
※ 上記①、②について必要事項の記載がない場合、領収書の紛失等により②を添付できない場合に添付

〔注意事項〕

- 1 助成金額は、医療機関等に支払った額全額ではなく、助成の対象となる検査内容について定められた上限額（ABR又はAABR：4,020円、OAE：1,500円）と自己負担額を比較して少ない方の金額になります。
- 2 助成金の申請は、受診者（児）が出生した日から1年以内に行ってください。