

川西市長様

申請年月日		年 月 日											
申請者 ・ 請求者 (保護者)	フリガナ					生年月日							
	氏 名					年 月 日生							
	住 所	〒 -											
	電話番号	- -		新生児との 続柄		父 ・ 母 ・ その他()							
該当するものに☑をいれてください。 ☐ 住民税非課税世帯 ☐ その他（住民税非課税世帯と同等の所得水準） 													
新生児 (受検した児)	フリガナ					生年月日							
	氏 名					年 月 日生							
	住 所 (申請者と 異なる場合)	〒 -											
振込先	金融機関名	銀行・金庫・農協				支店名		本店・支店・出張所					
	種別	普通・当座				口座番号							
	フリガナ					☐ 旧姓の口座 ☐ 申請者以外の口座							
	口座名義人												

私は、上記口座名義人に新生児聴覚検査の受領を委任します。

年 月 日 委任者（申請者）氏名

「振込先」欄の口座名義人が申請者と異なる場合は左記の「委任状」に申請者名の自署又は記名押印をしてください。

- 1 上記の太枠内のみご記入ください。
- 2 申請者の本人確認を行います。本人確認ができるもの（マイナンバーカード、運転免許証、保険証等）を提出ください。
- 3 この請求書に次の書類を添付して提出してください。
 - (1) 医療機関の領収書及び診療明細書（原本）
 - (2) 母子健康手帳（検査結果等の記載があるもの）の写しまたは検査結果がわかるもの
 - (3) 世帯調書
 - (4) 住民登録が1月1日時点で川西市外にある場合、世帯全員の市民税額を証明する書類（最新年度のもの）

以下は記入しないで下さい

【事務処理欄】

受領印	検査方法 ☐ AABR ☐ ABR ☐ OAE	検査日 年 月 日	決定年月日 年 月 日 (該当要件) ☐ 住民税非課税世帯 ☐ 住民税非課税世帯相当 ☐ 該当せず (助成対象外)	支給決定額 円
検査結果 ☐ パス ☐ リファー (再検査)				
本人確認		備考		
個 ・ 免 ・ 保 ・ その他 ()				