

富田林市健康診査費用助成申請書（償還払い）
（妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・乳児健康診査）

令和 ●●年 ●月 ●日

富田林市長 様

申請者 住所 富田林市向陽台1-3-35
氏名 富田林 花子
受診者との続柄 本ノTEL ●●-●●●●下記のとおり健康診査費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。
なお、交付決定後は下記口座への振り込みを依頼します。

(妊産婦) 受診者①	住所	富田林市 向陽台1-3-35		
	フリガナ	トンダバヤシ ハナコ		
(乳児) 受診者②	氏名	富田林 花子	生年月日	昭●平 ●年 ●月 ●日(●●)歳
	フリガナ	トンダバヤシ タロウ	生年月日	令和 ●年 ●月 ●日(●)歳
(乳児) 受診者②	氏名	富田林 太郎	生年月日	令和 ●年 ●月 ●日(●)歳
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者①と同じ。 <input type="checkbox"/> 受診者①と異なる。→ご記入ください。(富田林市)		
振込先金融機関(※)	▲▲▲	銀行・信用組合・農協	富田林 支店	普通 当座
	口座番号	●●●●●●●●	口座名義(カタカナ)	トンダバヤシ ハナコ

※旧姓名義の金融機関口座で申請される場合は、運転免許証など旧姓と現姓が確認できる書類が必要です。

《医療機関記入欄》 ※決定額欄・補助券欄は空けておいてください。

妊婦健康診査	公費負担上限額	受診日	領収額	※決定額	公費負担上限額	受診日	領収額	※決定額
	①	24,780円	●	●	●	⑫	11,400円	●
②	5,040円	●	●	●	⑬	5,040円	●	●
③	5,040円	●	●	●	⑭	5,040円	●	●
④	9,820円	●	●	●	多胎①	5,040円	●	●
⑤	7,140円	●	●	●	多胎②	5,040円	●	●
⑥	7,330円	●	●	●	多胎③	5,040円	●	●
⑦	5,040円	●	●	●	多胎④	5,040円	●	●
⑧	12,950円	●	●	●	多胎⑤	5,040円	●	●
⑨	5,040円	●	●	●	補①	1,160円	●	●
⑩	8,140円	●	●	●	補②	1,000円	●	●
⑪	5,040円	●	●	●	補③	1,000円	●	●

	受診日	領収額	※決定額
産婦健康診査	2週間	●	●
	1か月	●	●
新生児聴覚検査		●	●
乳児一般健康診査		●	●
乳児後期健診		●	●

上記金額を健康診査による本人負担額として領収したことを証明します。

所在地 千

医療機関名 (電話)

代表者名 印

<申請に必要なもの>

- 未使用の妊婦・乳児健診受診券(補助券も含む) 領収書・明細書原本(入院中の領収書・明細書も含む) ※コピーして返却します
結果を記入した産婦健診受診券 母子健康手帳(※結果を確認させていただくことがあります)
結果を記入した新生児聴覚検査受診券 振込先金融機関の口座名義、番号を確認できるもの(通帳) ※照会の上返却します

※ 以下は担当課で記入します。

助成金額	円	受付日	令和 年 月 日	受付担当
		受付番号		