

様式第1号(第8条関係)

富田林市妊産婦及び乳児健康診査費用助成申請書兼請求書(償還払い)

年 月 日

富田林市長 様

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込みを依頼します。

|                                                                                     |            |                                                                                         |                |           |        |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|--------|-------|--|
| (受診者①)<br>(妊産婦)                                                                     | 住所         | 富田林市                                                                                    |                |           | TEL( ) |       |  |
|                                                                                     | フリガナ       |                                                                                         | 生年月日           | 年 月 日( )歳 |        |       |  |
|                                                                                     | 氏名         |                                                                                         |                |           |        |       |  |
| (受診者②)<br>(乳児)                                                                      | フリガナ       |                                                                                         | 生年月日           | 年 月 日( )歳 |        |       |  |
|                                                                                     | 氏名         |                                                                                         |                |           |        |       |  |
|                                                                                     | 住所         | <input type="checkbox"/> 受診者①と同じ。<br><input type="checkbox"/> 受診者①と異なる。→ご記入ください。(富田林市 ) |                |           |        |       |  |
| 記入は不要<br>(申請者と同じ)<br><input type="checkbox"/> 、 <input checked="" type="checkbox"/> | フリガナ       |                                                                                         | TEL            |           | 続柄     |       |  |
|                                                                                     | 氏名         |                                                                                         |                |           |        |       |  |
|                                                                                     | 住所         | <input type="checkbox"/> 受診者①と同じ。<br><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 |                                                                                         |                | 支店        |        | 普通・当座 |  |
|                                                                                     | 口座番号       |                                                                                         | 口座名義<br>(カタカナ) |           |        |       |  |

※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 | . .                         | 円   | 円             | ⑫ 11,400円                                                     | . . | 円   | 円    |
|          | ② 5,040円  | . .                         | 円   | 円             | ⑬ 5,040円                                                      | . . | 円   | 円    |
|          | ③ 5,040円  | . .                         | 円   | 円             | ⑭ 5,040円                                                      | . . | 円   | 円    |
|          | ④ 9,820円  | . .                         | 円   | 円             | 多胎① 5,040円                                                    | . . | 円   | 円    |
|          | ⑤ 7,140円  | . .                         | 円   | 円             | 多胎② 5,040円                                                    | . . | 円   | 円    |
|          | ⑥ 7,330円  | . .                         | 円   | 円             | 多胎③ 5,040円                                                    | . . | 円   | 円    |
|          | ⑦ 5,040円  | . .                         | 円   | 円             | 多胎④ 5,040円                                                    | . . | 円   | 円    |
|          | ⑧ 12,950円 | . .                         | 円   | 円             | 多胎⑤ 5,040円                                                    | . . | 円   | 円    |
|          | ⑨ 5,040円  | . .                         | 円   | 円             | 補① ( ) 1,160円                                                 | . . | 円   | 円    |
|          | ⑩ 8,140円  | . .                         | 円   | 円             | 補② ( ) 1,000円                                                 | . . | 円   | 円    |
| ⑪ 5,040円 | . .       | 円                           | 円   | 補③ ( ) 1,000円 | . .                                                           | 円   | 円   |      |
|          |           | 公費負担上限額                     | 受診日 | 領収額           | ※決定額                                                          |     |     |      |
| 産婦健康診査   | 2週間       | 5,000円                      | . . | 円             | 円                                                             |     |     |      |
|          | 1か月       | 5,000円                      | . . | 円             | 円                                                             |     |     |      |
| 新生児聴覚検査  |           | AABR: 5,000円<br>OAE: 3,000円 | . . | 円             | <input type="checkbox"/> AABR<br><input type="checkbox"/> OAE |     | 円   | 円    |
| 乳児一般健康診査 |           | 7,420円                      | . . | 円             | 円                                                             |     |     |      |
| 乳児後期健康診査 |           | 7,420円                      | . . | 円             | 円                                                             |     |     |      |

<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

※上記の書類を揃えて、健診日から2年以内に申請してください。

※ 以下は担当課で記入します。

|      |   |     |       |  |
|------|---|-----|-------|--|
| 助成金額 | 円 | 受付日 | 年 月 日 |  |
|------|---|-----|-------|--|