

# 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

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。

(受診者①) (妊産婦)	住所	富田林市		Tel( )	
	フリガナ		生年 月日	昭・平	年 月 日( )歳
(受診者②) (乳児)	フリガナ		生年 月日	令和	年 月 日( )歳
	氏名				
記入は不要 (申請者と同じ)	住所	<input 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 )			
	フリガナ		TEL		続柄
記入は不要 (申請者と同じ)	氏名				
	住所	<input 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		支店		普通・当座
	口座番号		口座名義 (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	. .
②	5,040円	. .	円	円	⑬	5,040円	. .	円
③	5,040円	. .	円	円	⑭	5,040円	. .	円
④	9,820円	. .	円	円	多胎①	5,040円	. .	円
⑤	7,140円	. .	円	円	多胎②	5,040円	. .	円
⑥	7,330円	. .	円	円	多胎③	5,040円	. .	円
⑦	5,040円	. .	円	円	多胎④	5,040円	. .	円
⑧	12,950円	. .	円	円	多胎⑤	5,040円	. .	円
⑨	5,040円	. .	円	円	補①	1,160円	. .	円
⑩	8,140円	. .	円	円	補②	1,000円	. .	円
⑪	5,040円	. .	円	円	補③	1,000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 OAE: 3,000円	. .	円	円
乳児一般健康診査		7,420円	. .	円	円
乳児後期健診		7,420円	. .	円	円

<申請に必要なもの>

※ 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
------	---	-----	----	---	---	---