

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

氏名

受診者との続柄

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					
	フリガナ		生年月日	昭・平	年	月	日（ ）歳
（乳児者） 受診者②	氏名		生年月日	平・令	年	月	日（ ）歳
	フリガナ		生年月日	平・令	年	月	日（ ）歳
	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》

※ 決定額欄は空けておいてください。

妊婦健康診査	受診日	領収額	※決定額	妊婦健康診査	受診日	領収額	※決定額
1回目	. .	円	円	11回目	. .	円	円
2回目	. .	円	円	12回目	. .	円	円
3回目	. .	円	円	13回目	. .	円	円
4回目	. .	円	円	14回目	. .	円	円
5回目	. .	円	円	15回目(多胎)	. .	円	円
6回目	. .	円	円	16回目(多胎)	. .	円	円
7回目	. .	円	円	17回目(多胎)	. .	円	円
8回目	. .	円	円	18回目(多胎)	. .	円	円
9回目	. .	円	円	19回目(多胎)	. .	円	円
10回目	. .	円	円				

	受診日	領収額	※決定額
産婦健康診査	2週間	円	円
	1か月	円	円
新生児聴覚検査	. .	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE 円	円
乳児一般健康診査	. .	円	円
乳児後期健診	. .	円	円

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 干

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

結果を記入した産婦健診受診券

結果を記入した新生児聴覚検査受診券

※ 以下は担当課で記入します。

領収書原本(※コピーして返却します)

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)

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)

助成金額	円	受付日	年 月 日	受付担当
		受付番号		