

交野市妊産婦・乳児健康診査等助成金交付申請書兼請求書

交野市長 殿

交野市妊産婦・乳児健康診査等助成金交付要綱に基づき、関係書類を添えて申請します。また、妊産婦・乳児健康診査等助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や受診医療機関等への健診等内容及び支払い内容の確認を行うことを了承します。

申請日 令和 年 月 日

申請者	ふりがな		妊産婦との続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫・パートナー <input type="checkbox"/> その他()		
	氏名	※妊産婦健康診査を申請する場合は原則として妊産婦本人				
	住所	交野市				
	生年月日	年	月	日	電話番号	
	転出後住所	※受診後転出された場合				

妊産婦	ふりがな		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
	氏名	□申請者と同じ				
	住所	□申請者と同じ 交野市				
	生年月日	年	月	日	出産予定日(妊婦のみ)	令和 年 月 日

※新生児聴覚検査・乳児一般検査のみ申請の場合は記入不要

乳児	ふりがな		ふりがな	
	氏名		氏名	
	生年月日	令和 年 月 日	生年月日	令和 年 月 日

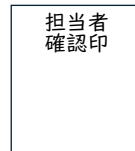
※妊産婦健康診査のみ申請の場合は記入不要

医療機関	受診医療機関名称	
-------------	----------	--

振込口座	金融機関名	銀行・農協 信金・労金	支店名	本店・支店 出張所	普通
	口座名義 (カタカナ)		口座番号		

職員記入欄

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査受診券(※結果記入) | <input type="checkbox"/> 住民確認 |
| <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査受検票(※結果記入) | <input type="checkbox"/> 当該医療機関発行の領収書・支払明細書 |
| <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査受診票(※結果記入) | <input type="checkbox"/> 受付者() |
| <input type="checkbox"/> 産婦健康診査受診券(※結果記入) | |
| <input type="checkbox"/> 母子健康手帳該当ページ写し | |



〈市事務処理欄〉

チェック欄	受診券等	公費負担 上限額	受診日	支払金額	助成額
<input type="checkbox"/>	妊婦健診①	26,500 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診②	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診③	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診④	11,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑤	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑥	14,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑦	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑧	11,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑨	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑩	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑪	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑫	12,500 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑬	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑭	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑮	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑯	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診⑰	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診㉑(多胎)	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診㉒(多胎)	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診㉓(多胎)	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診㉔(多胎)	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	妊婦健診㉕(多胎)	5,000 円	R 年 月 日	円	円
妊婦健診合計				円	円
<input type="checkbox"/>	産婦健診㉙	5,000 円	R 年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	産婦健診㉚	5,000 円	R 年 月 日	円	円
産婦健診合計				円	円
<input type="checkbox"/>	新生児聴覚	初回 AABR	6,500 円	R 年 月 日	円
<input type="checkbox"/>		確認 OAE	2,500 円	R 年 月 日	円
新生児聴覚合計				円	円
<input type="checkbox"/>	乳児一般健診	7,420 円	R 年 月 日	円	円
総合計				円	円