

申請日を記入

申請日 R4年10月1日

(あて先) 交野市長

妊産婦健康診査等受診費用の助成を受けるために、交野市妊産婦健康診査受診費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて、申請します。

また、妊産婦健康診査等受診費補助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、医療機関への支払い内容確認等することを了承します。

妊産婦氏名 交野 花子

住所 交野市天野が原町5-5-1

電話番号 090-0000-9999

乳児氏名 交野 織姫 (分娩日 R4年8月10日)

(以下の太枠内をご記入ください)

① 妊産婦健康診査受診状況及び補助金申請額

Table with 3 columns: 受診日, 健康診査に要した費用(保険適用外), 補助請求額. Rows include dates from R4年2月1日 to R4年8月7日, and a total row (小計) showing 98,500円.

② 新生児聴覚検査受検状況及び補助金申請額

Table with 3 columns: 受診日, 健康診査に要した費用(保険適用外), 補助請求額. Includes a row for 検査方法 (AABR・OAE) and a row for 初回 (R4年8月13日, 5,000円), and a total row (小計) showing 5,000円.

② 乳児一般健康診査受診状況及び補助金申請額

Table with 3 columns: 受診日, 健康診査に要した費用(保険適用外), 補助請求額. Row: R4年9月10日, 5,500円, 円.

③ 産婦健康診査受診状況及び補助金申請額

Table with 3 columns: 受診日, 健康診査に要した費用(保険適用外), 補助請求額. Rows: R4年8月25日 (5,000円), R4年9月10日 (5,000円), and a total row (小計) showing 10,000円.

Table with 3 columns: 合計, 補助請求額, 円. Row: ①+②+③+④, 119,000円, 円.

Table with 3 columns: 妊産婦健康診査等受診医療機関, 所在地, 名称. Values: 東京都〇区△台1丁目2-3, 〇△□産婦人科.

補助金の支払いについては、次の口座に口座振替されるように依頼します。

Table for bank transfer details. Columns: 振込希望金融機関, 〇〇〇 (銀行), 普通 (口座番号), 口座名義(カタカナ), 1-7 (店番). Values: カタノ タロウ.

ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番、振込み用の7桁口座番号を記入

- 添付書類 □妊産婦健康診査受診券(※結果記入) □新生児聴覚検査受検票(※結果記入) □乳児一般健康診査受診票(※結果記入) □産婦健康診査受診券(※結果記入) □母子手帳該当ページ写し