

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

受診日	健康診査に要した費用 (保険適用外)	補助請求額 (職員が記入します)
R4 年 2 月 1 日	18,500 円	円
R4 年 2 月 29 日	6,500 円	円
R4 年 3 月 25 日	6,500 円	円
R4 年 4 月 22 日	10,500 円	円
R4 年 5 月 8 日	5,000 円	円
R4 年 5 月 22 日	5,000 円	円
R4 年 6 月 5 日	5,000 円	円
R4 年 6 月 19 日	10,500 円	円
R4 年 7 月 3 日	6,500 円	円
R4 年 7 月 17 日	5,000 円	円
R4 年 7 月 24 日	5,000 円	円
R4 年 7 月 31 日	8,000 円	円
R4 年 8 月 7 日	6,500 円	円
年 月 日	円	円
小 計	98,500 円	円

② 新生児聴覚検査受検状況及び補助金申請額

受診日	健康診査に要した費用 (保険適用外)	補助請求額 (職員が記入します)
検査方法	AABR・OAE	
初回 R4 年 8 月 13 日	5,000 円	円
確認 年 月 日	円	円
小 計	5,000 円	円

② 乳児一般健康診査受診状況及び補助金申請額

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

R4 年 8 月 25 日	5,000 円	円
R4 年 9 月 10 日	5,000 円	円
小 計	10,000 円	円

合計 ① + ② + ③ + ④	119,000 円	円
---------------------	-----------	---

妊産婦健康診査等 受診医療機関	所在地	東京都〇区△台1丁目2-3
	名称	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。

振込希望 金融機関	〇〇〇	銀行 農協 信用金庫	△△△	本店 支店
	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義(カタカナ)	カタノ タロウ		

.....職員記入欄.....

添付書類 妊産婦健康診査受診券(※結果記入) 住民確認
 新生児聴覚検査受検票(※結果記入) 当該医療機関発行の支払明細書
 乳児一般健康診査受診票(※結果記入) 受付者()
 産婦健康診査受診券(※結果記入)
 母子手帳該当ページ写し

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