

交野市妊産婦健康診査等受診費補助金交付申請書兼請求書

申請日 年 月 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

住 所

電話番号

乳児氏名

(分娩日 年 月 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)
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
小 計	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	年 月 日	円
確認	年 月 日	円
小 計	円	円

③乳児一般健康診査受診状況及び補助金申請額

年 月 日	円	円
-------	---	---

④産婦健康診査受診状況及び補助金申請額

年 月 日	円	円
年 月 日	円	円
小 計	円	円

合計 ①+②+③+④	円	円
---------------	---	---

妊産婦健康診査等 受診医療機関	所在地	
	名称	

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	銀行・農協 信用金庫	本店 支店
	普通	口座番号
	口座名義 (カタカナ)	

.....職員記入欄.....

- 添付書類 (1) 妊産婦健康診査受診券 (※ 結果記入)  
 (2) 新生児聴覚検査受検票 (※結果記入)  
 (3) 乳児一般健康診査受診票 (※ 結果記入)  
 (4) 産婦健康診査受診券 (※結果記入)

- 住民確認  
 受付者 ( )  
 当該医療機関発行の領収証書

