

交野市妊産婦健康診査等受診費補助金交付申請書

記入見本

申請日を記入

→

申請日 R7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

090-0000-0000

乳児氏名

交野 織姫

(分娩日 R7年8月9日)

(以下の太枠内をご記入ください)

① 妊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)
R7年1月31日	18,500円	円
R7年2月28日	6,500円	円
R7年3月24日	6,500円	円
R7年4月21日	10,500円	円
R7年5月7日	5,000円	円
R7年5月21日	5,000円	円
R7年6月4日	5,000円	円
R7年6月18日	10,500円	円
R7年7月2日	6,500円	円
R7年7月16日	5,000円	円
R7年7月23日	5,000円	円
R7年7月30日	8,000円	円
R7年8月6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 確認 R7年8月12日	5,000円	円
年 月 日		
小 計	5,000円	円

③ 乳児一般(1か月児)健康診査受診状況及び補助金申請額

R7年 9月 9日	5,500円	円
-----------	--------	---

④ 産婦健康診査受診状況及び補助金申請額

R7年 8月24日	5,000円	円
R7年 9月 9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)	カタノハナコ								

添付書類

☐妊婦健康診査受診券
☐新生児聴覚検査受検票
☐乳児一般健康診査受診票
☐産婦健康診査受診券
☐母子手帳該当ページ写し

※結果記入

職員記入欄

☐住民確認
☐当該医療機関発行の
支払明細書
☐受付者()

ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番、
振込み用の7桁口座を記入