様式第１号

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	円
確認	年　月　日	円	円
小　計		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

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
- □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）

- □住民確認
- □当該医療機関発行の領収書と支払明細書
- □受付者（　　）

受付印

担当者確認印