



堺市産婦・乳児一般健康診査等費用助成申請書

年 月 日

堺市長 殿

産婦・乳児一般健康診査等費用の助成を受けたいので、堺市産婦・乳児一般健康診査等の実施等に関する要綱第30条第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

堺市において助成の決定に必要があると認めるときは、堺市が、当該産婦及び乳児が受けた健康診査(検査)内容及び費用について、受診した(受検した)医療機関又は助産所に問合せをすること及び住民基本台帳・公簿等を確認することを了承します。また、交付の決定があったときは、決定金額について請求しますので、次の口座に振り込んでください。

申請者 (産婦健診受診者)	フリガナ				生年月日		
	氏名	Ⓜ			年 月 日		
	郵便番号		電話番号				
※乳児健診又は新生児聴覚検査のみ申請の場合は、保護者	現住所				受診(検)児との続柄		
					※産婦健診のみ申請の場合は、記入不要		
乳児健診・新生児聴覚検査受診(検)児	フリガナ				生年月日		
	氏名				年 月 日		
	現住所						
		※産婦健診のみ申請の場合は、記入不要					
相当する健診等	受診等年月日	受診等医療機関	申請額	決定金額			
産婦2週	年 月 日		円	円			
産婦1か月	年 月 日		円	円			
乳児前期	年 月 日		円	円			
乳児後期	年 月 日		円	円			
新生児聴覚	初回	年 月 日		円			
	再検	年 月 日					
申請金額(合計)			円	※決定金額合計 円			
振込先 (申請者)	金融機関名	銀行 金庫 農協			本店 支店 出張所		
	預金種別	普通・当座	フリガナ				
	口座番号		口座名義人				
				(左詰めで記入してください。)			

注意

- 振込先は、申請者の口座を記入してください。
- 産婦・乳児の健康診査、新生児聴覚検査(以下「聴覚検査」という。)に要した費用について、助成の申請額を記入してください。
なお、費用助成の上限額は、申請案内に記載しておりますのでご確認ください。
※聴覚検査は、検査の種類(自動ABR・OAE)により、費用助成の上限額が異なります。
- 訂正する場合は、訂正印を押印してください。
- 次に掲げる書類を添付してください。
 - 母子健康手帳に記載された産婦・乳児の健康診査(聴覚検査)の記録又は健康診査(聴覚検査)を受診(検)したことを確認することができる書類
※助成申請時に母子健康手帳をお持ちいただいた際に、該当箇所をコピーさせていただきます。
 - 産婦・乳児の健康診査(聴覚検査)に要した費用の領収書の原本(医療機関の名称及び所在地、受診(検)者氏名、受診(検)年月日、並びに領収金額(健康保険等適用外の記入のあるものに限る。)を確認することができるものに限る。) ※領収書の原本はコピーさせていただき、お返しします。
※産婦と乳児の健康診査(聴覚検査)を同時に実施した場合でも、それぞれの費用が確認できるものが必要です。
 - 当該申請を行う対象の受診票又は受検票 ①堺市産婦健康診査受診票(兼結果通知書) ※産婦の場合で、「健診結果票」を添付する場合があります。
②堺市乳児一般健康診査受診票(兼結果通知書) ③堺市新生児聴覚検査受検票(兼結果通知書)
 - 堺市産婦・乳児一般健康診査等費用領収確認書(様式第11号) ※領収書で(2)に掲げる事項を確認することができない場合に限りです。
 - 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- 助産所での乳児一般健康診査は対象となりません。
- 申請は、当該健康診査(聴覚検査)の受診(検)日から1年以内(受診(検)日の1年後の前日まで。ただし、土・日・祝日の場合はその前日まで。)です。