

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。

太枠内をご記入ください。

申請者 (産婦健診受診者) ※乳児健診又は 新生児聴覚検査 のみ申請の場合 は、保護者	フリガナ			生年月日	受診(検)児との続柄
	氏名	(旧姓)		昭和 平成	年 月 日
	電話番号			※産婦健診のみ申請の場合は、記入不要	
	現住所	〒 -			
通知文 送付先	<input type="checkbox"/> 現住所(上記に記載の住所) <input type="checkbox"/> その他(以下にご記入ください) 〒 -				
乳児健診・新 生児聴覚検 査受診(検) 児 ※産婦健診のみ 申請の場合は、 記入不要	フリガナ				生年月日
	氏名				令和 年 月 日
	現住所	※申請者と現住所が異なる場合のみ記入してください。 〒 -			
相当する健診等	受診等年月日	受診等医療機関 (前の行と同じ場合は「リ」や「同上」と記入)	堺市記入欄		
			領収確認金額	決定金額	
産婦2週	令和 年 月 日		円	円	
産婦1か月	令和 年 月 日		円	円	
乳児前期(1か月児)	令和 年 月 日		円	円	
乳児後期	令和 年 月 日		円	円	
新生児聴覚	初回	令和 年 月 日	円	円	
	再検	令和 年 月 日	円	円	
			合計額	円	

振込先 (申請者)	金融機関名	銀行 農協 金庫	本店 出張所 支店
	※金融機関コード及び支店コード についてもご記入ください。	金融機関コード (右詰め)	支店コード (右詰め)
	預金種別	普通・当座	フリガナ 口座名義人
	口座番号	(右詰めで記入してください。)	

注意

- 振込先は、申請者名義の口座を記入してください。
- 振込先の口座名義が旧姓の場合又は受診(検)後に姓の変更があった場合に限り、旧姓を記入してください。
- 助産所での乳児一般健康診査は対象となりません。
- 申請期限は、当該健康診査(聴覚検査)の受診(検)日から起算して1年以内です。
(受診(検)日の1年後の前日まで。ただし、土・日・祝日等の閉庁日の場合はその前日まで。)

保健センター受付印
