

堺市産婦・乳児一般健康診査等費用助成申請書

〇〇年 12月 22日

記入例

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。

太枠内をご記入ください。

申請者 (産婦健診受診者)	フリガナ	サカイ ハナコ		生年月日			
	氏名	堺 花子		〇〇年 4月 1日			
※乳児健診又は 新生児聴覚検査 のみ申請の場合 は、保護者	郵便番号	590-0078	電話番号	072-000-0000			
	現住所	堺市堺区南瓦町町3-			受診(検)児との 続柄 産婦健診のみ申請 場合は、記入不要	母	
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	堺 一郎		〇〇年 11月 10日			
※産婦健診のみ 申請の場合は、 記入不要	現住所	同上					
	フリガナ						
相当する健診等	受診等年月日	受診等医療機関	堺市記入欄				
産婦2週	〇〇年 11月 24日	〇〇クリニック	領収確認金額	決定金額			
産婦1か月	〇〇年 12月 13日	〇〇クリニック	市記入欄になりますので、 記入しないでください。				
乳児前期	〇〇年 12月 13日	〇〇クリニック					
乳児後期	年 月 日						
新生児聴覚	初回	〇〇年 11月 13日				〇〇クリニック	円
	再検	年 月 日					円
			合計額	円	円		
振込先 (申請者)	金融機関名	〇〇〇	銀行	〇〇〇	本店		
	預金種別	普通・当座	金庫		支店		
	口座番号	9 9 9 9 9 9 9	農協		出張所		
	フリガナ	サカイ ハナコ					
	口座名義人	堺 花子					
	口座番号	(右語で記入してください。)					

訂正する場合は、訂正箇所に二重線を引き、その上(又は周辺)に正しい文言を記入し、訂正箇所のそばにフルネームで署名又は押印してください。

注意

- 振込先は、申請者の口座を記入してください。
- 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。
※産婦と乳児を同時に実施した場合でも、それぞれの健康診査(聴覚検査)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。

申請者と同一人