

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	〇〇年 4月 1日		
	氏名	堺 花子					
※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	母	
乳児健診・新 生児聴覚検査 受診(検)児	フリガナ			生年月日	〇〇年 11月 10日		
	氏名	堺 一郎					
※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
	再検	年 月 日					
			合計額	円			
振込先 (申請者)	金融機関名	〇〇〇	銀行	〇〇〇	本店	支店	
	預金種別	普通・当座	金庫		出張所		
	口座番号	9 9 9 9 9 9 9 9	フリガナ	サカイ ハナコ			
			口座名義人	堺 花子			
			(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。

昼間に連絡がとれる電話番号をご記入ください。

申請者と同一人

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。