

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)	フリガナ			生 年 月 日	
	氏 名	(旧姓)		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	堺 市 記 入 欄	
				領収書確認金額	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(1か月児)		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	円
	再検	年 月 日			
			合計額	円	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		
					(右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。
- 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。
- 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」を添付する場合を除きます。
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。)