

高槻市妊産婦健康診査・乳児一般健康診査・新生児聴覚検査費用助成金申請内訳書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

次のとおり、妊産婦健康診査・乳児一般健康診査及び新生児聴覚検査費用の助成を関係書類を添えて申請します。
なお、審査の際に、要件を住民基本台帳により確認されることを承諾します。

申請者	ふりがな		生年月日	S	年	月	日
	氏名			H			
	住所	〒569 - 高槻市					

【妊産婦健康診査】

受診医療機関・助産所		名称						
		所在地						
妊産婦健康診査申請金額		A				円	妊婦健診①～⑬、多胎①～⑤、産婦健診①～② ^{*1} までの金額の合計(右詰記入)	
内 訳	未使用の受診券に☑	No	受診日	金額 (公的医療保険対象外のみ)	未使用の受診券に☑	No	受診日	金額 (公的医療保険対象外のみ)
	<input type="checkbox"/>	①	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	⑬	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	②	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	⑭	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	③	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	⑮	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	④	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	⑯	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	⑤	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	⑰	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	⑥	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	多胎①	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	⑦	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	多胎②	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	⑧	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	多胎③	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	⑨	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	多胎④	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	⑩	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	多胎⑤	R 年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	⑪	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	産①	R 年 月 日	円
<input type="checkbox"/>	⑫	R 年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	産②	R 年 月 日	円	

※1 受診券Noごとの助成上限額 ①…23,000円 ⑦、⑪…10,000円 ②～⑥、⑧～⑩、⑫～⑰…7,000円 多胎①～多胎⑤…5,000円 産①、産②…5,000円

【乳児一般健康診査】^{*2} ・ 【新生児聴覚検査】^{*3}

受診(検)者	ふりがな		生年月日	R	年	月	日生
	氏名						
受診(検)医療機関		<input type="checkbox"/> 妊産婦健康診査と同じ <input type="checkbox"/> 妊産婦健康診査と異なる →		名称 所在地			
乳児一般健康診査申請金額		B			円	受診日	R 年 月 日
新生児聴覚検査検査の種類		<input type="checkbox"/> AABR検査		<input type="checkbox"/> OAE検査			
新生児聴覚検査申請金額		C			円	受検日	R 年 月 日

※2 助成上限額 …7,420円

※3 検査の種類ごとの助成上限額 AABR検査…5,000円 OAE検査…1,500円

申請金額合計 A+B+C						円
-----------------	--	--	--	--	--	---

受付日
No.
子ども保健課