

妊婦一般/産婦/乳児一般健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査費等助成金交付申請書

年 月 日

坂出市長 殿

申請者 住 所

氏 名
(妊婦・産婦のかたのお名前)

電話番号

関係書類を添えて下記のとおり 妊婦一般/産婦/乳児一般健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査費等の助成を申請します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、戸籍等の確認を行うことに同意します。

請求額 円

【妊婦一般/産婦/乳児一般健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査等にかかる健康保険診療外料金一覧】

※太枠内記載

種別	受診票	令和5年度助成上限	健康診査日	支払額	助成額
1 妊婦①	ピンク	14,000円	年 月 日	円	円
2 妊婦②-1		8,200円	年 月 日	円	円
3 妊婦②-2		8,200円	年 月 日	円	円
4 妊婦②-3		8,200円	年 月 日	円	円
5 妊婦②-4		8,200円	年 月 日	円	円
6 妊婦③-1	オレンジ	8,000円	年 月 日	円	円
7 妊婦③-2		8,000円	年 月 日	円	円
8 妊婦③-3		8,000円	年 月 日	円	円
9 妊婦③-4		8,000円	年 月 日	円	円
10 妊婦③-5		8,000円	年 月 日	円	円
11 妊婦③-6		8,000円	年 月 日	円	円
12 妊婦⑨	白	9,800円	年 月 日	円	円
13 妊婦④-1	クリーム	5,000円	年 月 日	円	円
14 妊婦④-2		5,000円	年 月 日	円	円
15 産婦⑱	藤	5,000円	年 月 日	円	円
16 産婦⑳		5,000円	年 月 日	円	円
17 聴覚⑩	薄 だいたい	5,000円	年 月 日	円	円
18 聴覚⑪	アイボリー	5,000円	年 月 日	円	円
19 乳児⑤	水色	5,700円	年 月 日	円	円
20 その他		円	年 月 日	円	円
合 計				円	円

※上記金額を上限に助成します。なお、健康保険診療分は助成の対象となりません。

【申請用添付書類】

① 妊婦一般/産婦/乳児一般健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査費(自己負担額)の領収書および診療明細書
※領収書には、次の項目の記載が必要です。

[1]受診者氏名 [2]健康診査年月日 [3]領収金額 [4]医療機関等の名称・所在地・電話番号 [5]領収印

② 母子健康手帳

③ 各受診票（医療機関による押印、結果記載が必要）

* 申請期間は受診した日の翌日から起算して1年間です。