

## 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

窓口へ申請にお越しいただいた日→

年

月

日

坂出市長

殿

申請者

住所

坂出市室町二丁目3番5号

氏名

坂出 花子

(妊婦・産婦のかたのお名前)

電話番号

0877 - 〇〇 - 〇〇〇〇〇〇

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の助成を下記の通り申請します。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。

記入しないでください

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	14,000円	〇年 〇月 〇日	15,000円	円
2	妊婦②-1	8,200円	年 月	円	円
3	妊婦②-2	8,200円	年	円	円
4	妊婦②-3	8,200円	年	円	円
5	妊婦②-4	8,200円		円	円
6	妊婦③-1	8,000円		円	円
7	妊婦③-2	8,000円		円	円
8	妊婦③-3	8,000円		円	円
9	妊婦③-4	8,000円		円	円
10	妊婦③-5	8,000円		円	円
11	妊婦③-6	8,000円		円	円
12	妊婦④	9,800円		円	円
13	妊婦④-1	5,000円		円	円
14	妊婦④-2	5,000円		円	円
15	産婦⑱	5,000円		円	円
16	産婦⑳	5,000円	年	円	円
17	聴覚⑩	5,000円	年	円	円
18	聴覚⑪	5,000円	年 月	円	円
19	乳児⑤	5,700円	年 月 日	円	円
20	その他	円	年 月 日	円	円
合計				円	円

医療機関の領収書・明細書及び  
受診票に記載されている、  
①健康診査日  
②支払額  
をご記入ください

記入しないでください

※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。