

高畠町妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1 か月児健康診査補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

高畠町長 あて

高畠町妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1 か月児健康診査補助金について、下記のとおり申請します。

1. 申請者情報等

申請者	郵便番号	—		電話番号	— —	
	現住所	高畠町				
	フリガナ					
	氏名	旧姓 ()				
	出産予定日 または出産日	年 月 日 (予定 ・ 出産)	母子健康手帳番号			
対象児	フリガナ					
	氏名					
申請金額 (以下に裏面の金額を転記してください。申請のない項目は記載不要です。)						
①妊婦健康診査		②産婦健康診査		③新生児聴覚検査		④1 か月児健康診査
金 円		金 円		金 円		金 円
申請金額合計 金 円・・・①+②+③+④						

※母子健康手帳交付後、姓が変わった場合は旧姓を () に書いてください。

※補助金上限額と自己負担額のいずれか低い方の額が申請額となります。

2. 振込先口座 (申請者の口座に限る)

金融機関名		本・支店名		金融機関コード				支店コード		
銀行・信用金庫 信用組合・農協		本・支店 本・支所 出張所								
口座種別	口座番号 (右詰で記入)				口座名義 (カタカナ)					
普通 ・ 当座										

※実施状況について、裏面に記載してください。

◆妊婦健康診査◆ *助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

助成券の種類	受診年月日	自己負担額 (a) ※保険適用外分	助成上限額 (b)	補助金申請額 (a) と (b) で少ない額
初回	年 月 日	円	16,480 円	円
2 回目	年 月 日	円	5,270 円	円
3 回目	年 月 日	円	5,790 円	円
4 回目	年 月 日	円	5,270 円	円
5 回目	年 月 日	円	8,680 円	円
6 回目	年 月 日	円	5,790 円	円
7 回目	年 月 日	円	5,790 円	円
8 回目	年 月 日	円	5,270 円	円
9 回目	年 月 日	円	5,790 円	円
1 0 回目	年 月 日	円	5,790 円	円
1 1 回目	年 月 日	円	10,530 円	円
1 2 回目	年 月 日	円	5,790 円	円
1 3 回目	年 月 日	円	5,790 円	円
1 4 回目	年 月 日	円	5,790 円	円
子宮頸がん検診	年 月 日	円	3,650 円	円
HTLV-1 抗体検査	年 月 日	円	1,590 円	円
性器クラミジア	年 月 日	円	3,780 円	円
超音波検査初回	年 月 日	円	5,300 円	円
超音波検査②	年 月 日	円	5,300 円	円
超音波検査③	年 月 日	円	5,300 円	円
超音波検査④	年 月 日	円	5,300 円	円
多胎妊婦 1 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
多胎妊婦 2 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
多胎妊婦 3 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
多胎妊婦 4 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
多胎妊婦 5 回目	年 月 日	円	5,000 円	円
① 妊婦健康診査補助金申請合計額			回分	円

◆産婦健康診査◆ *助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

助成券の種類	受診年月日	自己負担額 (a) ※保険適用外分	助成上限額 (b)	補助金申請額 (a)と(b)で少ない額
産後2週間頃	年 月 日	円	5,000 円	円
産後1か月頃	年 月 日	円	5,000 円	円
② 産婦健康診査補助金申請合計額			回分	円

◆新生児聴覚検査◆ *助成券を使用せず受検した検査についてご記入ください。

助成券の種類	受診年月日	検査方法	検査結果
初回検査	年 月 日	☐ 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) ☐ 耳音響反射検査 (OAE)	☐ 異常なし (パス) ☐ 再検査 (リファー)
確認検査	年 月 日	☐ 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) ☐ 耳音響反射検査 (OAE)	☐ 異常なし (パス) ☐ 再検査 (リファー)
③ 新生児聴覚検査補助金申請額			円

◆1か月児健康診査◆ *助成券を使用せず受診した健診分のみご記入ください。

受診年月日	自己負担額 (a) ※保険適用外分	助成上限額 (b)	補助金申請額 (a)と(b)で少ない額
年 月 日	円	4,000 円	円
④ 1か月児健康診査補助金申請額			円