

三木町長 宛

申請者 住所 香川県木田郡三木町大字
氏名



(受診者との関係)

三木町妊産婦一般健康診査及び新生児聴覚検査等費用助成申請書兼請求書

妊産婦一般健康診査及び新生児聴覚検査等費用助成を受けたいので、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求します。なお、本申請の審査に必要な範囲で、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

1 受診者

住所	香川県木田郡三木町	電話番号	
1	受診者 氏名	生年月日	
2	受診者 氏名	生年月日	

2 申請する健康診査費

該当する健康診査の各健康診査に係る費用の内訳 ※太枠内を記入してください

対象健診	領収合計額(A) ※裏面に金額記入	上限額(B)	助成額 (A)と(B)のいずれか少ない額
<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査	円	円	円
<input type="checkbox"/> 妊婦 RS ウイルス予防接種	円	円	円
<input type="checkbox"/> 産婦一般健康診査	円	円	円
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 ※	円	円	円
<input type="checkbox"/> 1 か月児健康診査	円	円	円

※助成の対象となる聴覚検査方法は「自動 ABR」に限る

3 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫 農業協同組合	支店名	本店 支店・支所・出張所
口座名義	(フリガナ)		
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	

4 申請用添付書類

1) 医療機関または助産院の領収書及び明細書 (レシート、コピーは不可)

※領収書には、次の項目の記載が必要です。①受診者氏名②診療年月日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

※領収書が発行されない場合、裏面【医療機関証明欄】を医療機関等で記載してもらってください。

2) 受診票 (申請及び請求に必要な事項が記載されたもの)、RS ウイルス予防接種予診票 (役場控)

3) 母子健康手帳

4) 申請者名義の通帳またはキャッシュカード (電子通帳の場合は、スクリーンショットのコピー)

裏面もあります

(裏面)

各健診に係る領収金額合計 (健康保険診療分は除く。)、健診年月日、領収金額をご記入ください。

■妊婦一般健康診査 領収金額合計 _____ 円

	健診年月日	領収金額		健診年月日	領収金額
1	年 月 日	円	8	年 月 日	円
2	年 月 日	円	9	年 月 日	円
3	年 月 日	円	10	年 月 日	円
4	年 月 日	円	11	年 月 日	円
5	年 月 日	円	12	年 月 日	円
6	年 月 日	円	13	年 月 日	円
7	年 月 日	円	14	年 月 日	円

■妊婦 RS ウイルス予防接種 領収金額合計 _____ 円

	接種年月日	領収金額
1	年 月 日	円

■産婦健康診査 領収金額合計 _____ 円

	健診年月日	領収金額		健診年月日	領収金額
1	年 月 日	円	2	年 月 日	円

■新生児聴覚検査 領収金額合計 _____ 円

	検査年月日	領収金額		検査年月日	領収金額
1	年 月 日	円	2	年 月 日	円
	検査結果	異常なし ・ 再検査		検査結果	異常なし ・ 再検査

■1 か月児健康診査 領収金額合計 _____ 円

	健診年月日	領収金額
1	年 月 日	円

※領収書及び明細書が準備できない場合、医療機関等で下記を記載してもらってください。

【医療機関証明欄】

受診者は妊産婦一般健康診査または新生児聴覚検査等にかかる費用として、上記のとおり支払を完了しています。

年 月 日

住 所
電話番号
医療機関名

