

年 月 日

坂井市長 様

記入しないでください

申請者 住所 坂井市
氏名
電話番号（日中用）

記入例

県外における妊産婦・乳児健康診査及び新生児聴覚検査受診費用助成金について、必要書類を添えて、次のとおり申請（請求）します。

金 円也

金額は記入不要！
担当が確認後記入
します。

<請求明細一覧>

		健康診査受診日	自己負担額	R5上限額	R4上限額	申請額
妊婦	初期血液検査	年 月 日	円	10,090円	10,100円	円
	子宮頸がん検診	年 月 日	円	6,290円		円
	健康診査①	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査②	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査③	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査④	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑤	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑥	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑦	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑧	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑨	年				円
	健康診査⑩	年				円
	健康診査⑪	年				円
	健康診査⑫	年				円
	健康診査⑬	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑭	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑮(多胎)	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑯(多胎)	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑰(多胎)	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
	健康診査⑱(多胎)	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円
健康診査⑲(多胎)	年 月 日	円	6,450円	6,440円	円	
	性器クラミジア検査	年 月 日	円	1,930円	1,980円	円
	HTLV-1抗体検査	年 月 日	円	2,290円		円
産婦	産婦健康診査	年 月 日	円	5,000円		円
乳児	新生児聴覚検査	年 月 日	円	5,600円		円
	1か月児健康診査	年 月 日	円	5,730円		円
合 計						円

どの健診も自己負担額と上限額、いずれか低い方の金額が申請額となります。
※上限額は年度により額が異なる場合があります。健診を受けた年度の額をご参照ください。

※健診に要した費用が対象であり、治療等医療保険適用分は対象には含まれません。

※母子健康手帳交付日以前の受診分に関しては、対象となりません。

ボールペンで記入してください。

<振込先>

ふりがな			
口座名義人			
金融機関名			支店名
預金種別	普通・当座	口座番号	