様式１３

妊産婦・乳児健康診査及び新生児聴覚検査受診費用助成申請書兼請求書

記入しないでください

年　　月　　日

記入例

市長　　様

申請者　　住　所　坂井市
氏　名
電話番号（日中用）

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。

【申請理由】１．県外医療機関での受診のため　　２．その他（　　）

【請求金額】　　円

金額は記入不要です！
担当が確認後、記入します。

			健康診査受診日	自己負担額	R7 上限額	R6 上限額	申請額
助成申請額	妊婦	初期血液検査	年　月　日	円	10,060 円	10,090 円	円
		子宮頸がん検診	年　月　日	円	6,290 円	6,290 円	円
		健康診査①	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査②	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査③	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査④	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑤	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑥	年　月				
		健康診査⑦	年　月				
		健康診査⑧	年　月				
		健康診査⑨	年　月				
		健康診査⑩	年　月				
		健康診査⑪	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑫	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑬	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑭	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑮(多胎)	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑯(多胎)	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑰(多胎)	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑱(多胎)	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		健康診査⑲(多胎)	年　月　日	円	6,490 円	6,450 円	円
		性器ｸﾗﾐｼﾞｱ検査	年　月　日	円	1,880 円	1,930 円	円
		HTLV-1 抗体検査	年　月　日	円	2,290 円	2,290 円	円
	産婦	産婦健康診査	年　月　日	円	5,000 円	5,000 円	円
	乳児	新生児聴覚検査	年　月　日	円	5,600 円	5,600 円	円
		１か月児健康診査	年　月　日	円	5,760 円	5,730 円	円
							円

自己負担額(妊婦健診分のみ)と上限額を比較し、いずれか低い方の金額が申請額となります。
※助成は、自己負担額は、健診に要した費用が対象です。請求書や診療明細をご確認ください。
※ご不明な場合は、ご記入せずに、必要書類を持参ください。

ボールペンで記入してください。

※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。

振込先	口座名義人（フリガナ）	（　　）		
	金融機関名		支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号	