

年 月 日

鉛筆で記入

坂井市長 様

記入例

申請者 住所 坂井市

氏名

印

電話番号（日中用）

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	補助金額	備考	
妊婦	初期血液検査	年 月 日 円	1)上限額 10,080 円 10,100 円	
	子宮頸がん検診	年 月 日 円	上限額 6,290 円	
	健康診査①	年 月 日 円	2)上限額 6,400 円 6,440 円	
	健康診査②	年 月 日 円	〃	
	健康診査③	年 月 日 円	〃	
	健康診査④	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑤	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑥	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑦	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑧	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑨	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑩	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑪	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑫	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑬	年 月 日 円	〃	
	健康診査⑭	年 月 日 円	〃	
		性器クラミジア検査	年 月 日 円	3)上限額 2,040 円 1,980 円
		HTLV-1 抗体検査	年 月 日 円	上限額 2,290 円
産婦	産婦健康診査	年 月 日 円	上限額 5,000 円	
乳児	新生児聴覚検査	年 月 日 円	上限額 5,600 円	
	1 か月児健康診査	年 月 日 円	4)上限額 5,670 円 5,730 円	
合 計		円		

※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。

- 1) R3. 3. 31 以前の受診分は上限額 10,080 円、R3. 4. 1 以降の受診分は上限額 10,100 円
- 2) R3. 3. 31 以前の受診分は上限額 6,400 円、R3. 4. 1 以降の受診分は上限額 6,440 円
- 3) R3. 3. 31 以前の受診分は上限額 2,040 円、R3. 4. 1 以降の受診分は上限額 1,980 円
- 4) R3. 3. 31 以前の受診分は上限額 5,670 円、R3. 4. 1 以降の受診分は上限額 5,730 円

<振込先>

ボールペンで記入してください。

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	