

# 母子健康診査助成申請書

平成 年 月 日

岬町長様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

下記のとおり、必要書類（受診券及び領収書）を添えて申請します。  
なお、助成金は下記へ振り込んでください。

診査の種類	<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査（ 回分）		<input type="checkbox"/> 妊婦歯科健康診査			
	<input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査		<input type="checkbox"/> 乳児後期健康診査			
	<input type="checkbox"/> 産後2週間サポート事業		<input type="checkbox"/> その他必要と認める診査			
受診者名 生年月日		女 男	昭和 平成 年 月 日生（ 歳）			
診査を受けた 病院の所在地	名 称					
	所在地					
診査受診日	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日
	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日
	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日
	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日
	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日	受診No	平成 年 月 日
受診理由	・ 里帰り出産のため ・ 大阪府外受診のため ・ 他（ ）					
振込先	銀行			支店・支所		
貯金種類	普通 当座	口座 番号		フリガナ		
				口座名義		

\* 以下は記入しないでください。

診査に伴う個人負担金 ①	* 助成基準額 ②	支給決定額 ③ (①と②の少ない方の額)
円	円	円

\* 27年度限度額 乳児一般又は乳児後期健康診査 6,340円、妊婦健康診査 5,000円×受診回数（最大14回）

超音波・血液検査等補助 15,040円×1回、5,300円×6回、妊婦歯科健康診査 2,820円

\* 28年度限度額 乳児一般又は乳児後期健康診査 6,340円、妊婦健康診査 5,000円×受診回数（最大14回）

超音波・血液検査等補助 15,040円×1回、5,300円×6回、妊婦歯科健康診査 2,820円

産後2週間サポート事業 3,000円