記入見本

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　　岬町深日２０００番地の１

氏名　　岬　花子

電話　　０７２―　４９２　―　２００１

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	□妊婦一般健康診査（　　回分） □乳児一般健康診査 □産後２週間サポート事業		□妊婦歯科健康診査 □乳児後期健康診査 □その他必要と認める診査			
受診者名 生年月日	岬　花子		㊛ 男	昭和 (平成)　３年　１月　１日生（　２５歳）		
診査を受けた病院の所在地	名　称	○○産婦人科				
	所在地	和歌山市○○町○○○○番地				
診査受診日	受診 No 1	平成○年○月○日	受診 No	平成　年　月　日	受診 No	平成　年　月　日
	受診 No 2	平成○年○月○日	受診 No	平成　年　月　日	受診 No	平成　年　月　日
	受診 No 3	平成○年○月○日	受診 No	平成　年　月　日	受診 No	平成　年　月　日
	受診 No 4	平成○年○月○日	受診 No	平成　年　月　日	受診 No	平成　年　月　日
	受診 No 5	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	ミサキ　ハナコ 岬　花子	

＊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