

# 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<br>生年月日     |  | 女 男      | 昭和<br>平成 年 月 日生（ 歳）                  |          |      |          |
| 診査を受けた<br>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<br>当座                               | 口座<br>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<br>(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