

豊中市妊産婦健康診査・新生児聴覚検査助成金交付申込書

豊中市長 様

豊中市妊産婦健康診査受診費助成金交付要綱、豊中市産婦健康診査受診費助成金交付要綱、豊中市新生児聴覚検査実施要綱に基づき助成金の交付を申し込みます。

申込日	令和 年 月 日	
名前 (妊産婦)	(自署しない場合は 記名押印してください)	電話番号
住所	〒	豊中市
住所 (転居先)	〒	

使用する受診券	公費負担 上限額	受診日	支払金額	承認金額 ※市使用欄
妊 ①	27,340 円	年 月 日	円	円
妊 ②	5,500 円	年 月 日	円	円
妊 ③	5,500 円	年 月 日	円	円
妊 ④	10,000 円	年 月 日	円	円
妊 ⑤	5,500 円	年 月 日	円	円
妊 ⑥	6,000 円	年 月 日	円	円
妊 ⑦	5,500 円	年 月 日	円	円
妊 ⑧	12,000 円	年 月 日	円	円
妊 ⑨	5,500 円	年 月 日	円	円
妊 ⑩	5,500 円	年 月 日	円	円
妊 ⑪	5,500 円	年 月 日	円	円
妊 ⑫	12,000 円	年 月 日	円	円
妊 ⑬	5,500 円	年 月 日	円	円
妊 ⑭	5,500 円	年 月 日	円	円
妊 ⑮ (多胎)	5,000 円	年 月 日	円	円
妊 ⑯ (多胎)	5,000 円	年 月 日	円	円
妊 ⑰ (多胎)	5,000 円	年 月 日	円	円
妊 ⑱ (多胎)	5,000 円	年 月 日	円	円
妊 ⑲ (多胎)	5,000 円	年 月 日	円	円
産 ①	5,000 円	年 月 日	円	円
産 ②	5,000 円	年 月 日	円	円
新生児聴覚	AABR4,020 円 OAE1,500 円	年 月 日	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE 円	<input type="checkbox"/> AABR <input type="checkbox"/> OAE 円
計			円	円

実施医療機関	名称	(出産日/予定日 年 月 日)
--------	----	-----------------

助成金の振込先は下記のとおりです。

銀行	支店	口座 番号							
普通・当座	口座名義 (カタカナ)								

* 振込先の口座名義が請求者と異なる場合は、別紙委任状を提出してください。