

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

申込者は妊産婦さまご本人です。

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

申込書の交付を申し込めます。

申込日	令和 ○ 年 ○○月 ○○日								
名前 (妊産婦)	すこやか 花子			(自署しない場合は 記名押印してください)	電話 番号	06-6858-2800			
住所	〒	5	6	0	0	0	2	3	豊中市 岡上の町 2-1-15
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	令和3年 5月14日	6,000円	円
妊②	5,500円	令和3年 7月 9日	3,400円	円
妊③	5,500円	令和3年 6月11日	11,000円	円
妊④	10,000円	年 月	円	円
妊⑤	5,500円	年 月	円	円
妊⑥	6,000円		円	円
妊⑦	5,500円		円	円
妊⑧	12,000円		円	円
妊⑨	5,500円		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 円 <input type="checkbox"/> OAE
計			円	円

日付順にする必要はありません。
上限額が異なりますので、ご注意ください。

実施医療機関	名称	聖母病院	(出産日/予定日	令和3年 12月 15日)
--------	----	------	----------	---------------

助成金の振込先は下記のとおりです。

ゆうちょ 銀行	三七一 支店	口座 番号	1	2	3	4	5	6	7
普通・当座	口座名義 (カタカナ)	スコヤカ ハナコ							

* 振込先の口座名義が申込者と異なる場合は、別紙委任状を提出してください。