

豊中市妊産婦・乳幼児健康診査等助成金交付申込書

豊中市長 宛

豊中市妊産婦・乳幼児健康診査等助成金交付要綱に基づき、助成金の交付を申し込みます。また、助成金を交付決定するにあたり、必要があるときは、住民基本台帳の閲覧や、健康診査等受診期間への支払い内容確認等を行うことを了承します。

■ 申込者		申込日	令和 年 月 日
ふりがな 申込者氏名		電話番号	
住所	〒 豊中市		
住所(転出の場合)	〒	転出日	

※新生児聴覚検査・乳幼児健康診査のみ申し込み場合は記入不要

ふりがな 妊産婦の氏名		妊産婦の生年月日	年 月 日
----------------	--	----------	-------

※妊産婦健康診査のみ申し込み場合は記入不要

ふりがな 乳幼児の氏名		乳幼児の生年月日	年 月 日
----------------	--	----------	-------

■ 振込先情報 ※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。

金融機関名	銀行コード	支店名	支店コード
口座名義(カタカナ)※	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	

< 市事務処理欄 >

受診券	公費負担上限額	受診日	支払い金額	承認金額
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20	5,000 円	年 月 日	円	円
妊21	5,000 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
		計	円	円

受診項目	公費負担上限額	受診日	支払い金額	承認金額(市使用欄)
新生児聴覚	<input type="checkbox"/> AABR	年 月 日	円	円
	<input type="checkbox"/> OAE	年 月 日	円	円
乳児一般(1か月児)健診	6,925 円	年 月 日	円	円
乳児後期健診	6,925 円	年 月 日	円	円
		計	円	円