

申請書記入例

(様式第1号)

高槻市妊婦健康診査・乳児一般健康診査費用助成金申請書

捺印
高槻

申請(来所)日を記入。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 高槻市長

同意をお願いします。

次のとおり、妊婦健康診査及び乳児一般健康診査費用の助成を関係書類を添付して申請します。
なお、審査の際に、要件を住民基本台帳により確認されることを承諾します。

同じ印影を押印してください。
捺印は必須ではありませんが、軽微な修正事項については、書類をお返しすることなく訂正することができます。

申請者	ふりがな	たかつき たかこ	
	氏名	高槻 たか子	〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	〒569-0096 高槻市 八丁畷町1-2番5号 電話番号 072-646-3272	

申請者氏名は、妊(産)婦の氏名をご記入ください。

【妊婦健康診査】

受診医療機関・助産所	名称	〇〇〇〇産婦人科		所在地	〇〇〇県 〇〇〇市				
		電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇							
妊婦健康診査申請金額	A	1	2	0	0	0	0	円	①~⑭ ^{※1} までの金額の合計(右詰記入)
内 訳	No	受診日	金額 (公的医療保険対象外分のみ)	No	受診日	金額 (公的医療保険対象外分のみ)			
	①	R2年〇月〇日	23,000円	⑧	R2年〇月〇日	7,000円			
	②	R2年〇月〇日	7,000円	⑨	R2年〇月〇日	7,000円			
	③	R2年〇月〇日	7,000円	⑩	R2年〇月〇日	7,000円			
	④	R2年〇月〇日	7,000円	⑪	R2年〇月〇日	10,000円			
	⑤	R2年〇月〇日	7,000円	⑫	R2年〇月〇日	7,000円			
	⑥	R2年〇月〇日	7,000円	⑬	R2年〇月〇日	7,000円			
	⑦	R2年〇月〇日	10,000円	⑭	R2年〇月〇日	7,000円			

助成の対象となる医療機関が2箇所以上ある場合は、その全ての医療機関についてご記入ください。

助成で使用する受診券のNoに対応した枠に記入してください。

金額欄には、公的医療保険の対象とならない妊婦健康診査の費用を記入してください。その費用が受診券毎の助成上限額を下回る場合は実際に掛かった費用を記入してください。

なお、保険適用外であっても助成の対象外となるもの(※)は申請金額に含まないで下さい。

(※)予防接種代、テキスト代、文書料、妊婦健康診査とは関連のない検査等

※1受診券Noごとの助成上限額 ①…23,000円 ⑦、⑪…10,000円 それ以外…7,000円

【乳児一般健康診査】※2

受診者	ふりがな	たかつき たろう		生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日生			
	氏名	高槻 太郎						
受診医療機関	名称	〇〇〇〇小児科		所在地	〇〇〇県 〇〇〇市			
		電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇						
乳児一般健康診査申請金額	B	1	2	0	0	円	受診日	H 〇〇年 〇〇月 〇〇日

受診日を記入してください。
なお、受診日によって助成上限額が異なりますのでご注意ください。

※2受診日により上限額が異なります。

- ア 乳児一般健康診査受診日が平成31年4月1日から令和元年9月30まで ……助成上限額 6,394円
- イ 乳児一般健康診査受診日が令和元年10月1日から令和2年3月31日まで ……助成上限額 6,512円
- ウ 乳児一般健康診査受診日が令和2年4月1日以降 ……助成上限額 6,578円

金額欄には、公的医療保険の対象とならない乳児健康診査の費用を記入してください。
公的保険適用外のものであっても、乳児健診には関連のないもの(予防接種代、テキスト代、文書料等)は金額に含まないでください。

申請金額合計 A+B	1	2	1	2	0	0	円
---------------	---	---	---	---	---	---	---

受付日
No.
子ども保健課
子保C・西部

- 《添付書類》 ①未使用の妊婦健康診査受診券・乳児一般健康診査受診券
②領収書原本(受診日、費用、医療機関名を確認できるもの)
- 《持参するもの》 ①印鑑 ②申請者名義の振込口座の確認ができる通帳など
③母子健康手帳(妊娠中の経過・1歳未満の健康診査のページで受診が確認できること)

<令和2年4月作成>