

高槻市妊産婦健康診査・乳児一般健康診査・新生児聴覚検査費用助成金申請内訳書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

次のとおり、妊産婦健康診査・乳児一般健康診査及び新生児聴覚検査費用の助成を関係書類を添えて申請します。
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。

申請者 Information Form: Includes fields for name (ふりがな, 氏名), address (住所), birth date (生年月日), and phone number (電話番号).

【妊産婦健康診査】

妊産婦健康診査 Application Table: Includes fields for medical institution name, address, application amount (A), and a detailed table of receipts (No., date, amount) with checkboxes for unused receipts.

※1 受診券Noごとの助成上限額 ①・・・23,000円 ⑦、⑪・・・10,000円 ②～⑥、⑧～⑩、⑫～⑭・・・7,000円 産①、産②・・・5,000円

【乳児一般健康診査】※2 ・【新生児聴覚検査】※3

Infant Health Examination and Hearing Test Application Form: Includes fields for infant name, birth date, medical institution, application amount (B), and hearing test type (AABR or OAE) with amount (C).

※2 助成上限額 ...6,925円

※3 検査の種類ごとの助成上限額 AABR検査...5,000円 OAE検査...1,500円

申請金額合計 (A+B+C) Summary Row: Total application amount in Yen.

受付日 (Receipt Date) and 子ども保健課 (Children's Health Section) stamp area.