

(様式第1号)

# 申請書記入

## 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

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	ふりがな	たかつき たかこ	生年月日	S	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名	高槻 たか子		H	
	住所	〒 569 - 0096 高槻市 八丁畷町 12-5			電話番号 072-648-3272

申請者氏名は、妊(産)婦の氏名をご記入ください。

### 【妊産婦健康診査】

受診医療機関・助産所	名称	〇〇〇〇産婦人科						
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇						
妊産婦健康診査申請金額	A	5	2	0	0	0	円	妊婦健診①~⑭、産婦健診①~② <sup>*1</sup> までの金額の合計(右詰記入)
内 訳	未使用の受診券に☑	No	受診日	金額 (公的医療保険対象外のみ)	未使用の受診券に☑	No	受診日	金額 (公的医療保険対象外のみ)
	<input type="checkbox"/>	①	R 年 月 日	円	<input checked="" type="checkbox"/>	⑨	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	6,000円
	<input type="checkbox"/>	②	R 年 月 日	円	<input checked="" type="checkbox"/>	⑩	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	6,000円
	<input type="checkbox"/>	③	R 年 月 日	円	<input checked="" type="checkbox"/>	⑪	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	10,000円
	<input type="checkbox"/>	④	R 年 月 日	円	<input checked="" type="checkbox"/>	⑫	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	7,000円
	<input type="checkbox"/>	⑤	R 年 月 日	円	<input checked="" type="checkbox"/>	⑬	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	7,000円
	<input type="checkbox"/>	⑥	R 年 月 日	円	<input checked="" type="checkbox"/>	⑭	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	7,000円
	<input type="checkbox"/>	⑦	R 年 月 日	円	<input checked="" type="checkbox"/>	産①	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	5,000円
<input type="checkbox"/>	⑧	R 年 月 日	円	<input checked="" type="checkbox"/>	産②	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	4,000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。

未使用の受診券No対応した口に☑を記入し、☑をつけた枠に金額を記入してください。

金額欄には、公的医療保険の対象とならない妊産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、妊産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 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

受診者	ふりがな	たかつき たろう	生年月日	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				
	氏名	高槻 太郎						
受診医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 妊産婦健康診査と同じ <input type="checkbox"/> 妊産婦健康診査と異なる→		名称					
			所在地					
乳児一般健康診査申請金額	B	1	2	0	0	円	受診日	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
新生児聴覚検査検査の種類	<input checked="" type="checkbox"/> AABR検査 <input type="checkbox"/> OAE検査							
新生児聴覚検査申請金額	C	5	0	0	0	円	受検日	R 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

受診医療機関が妊産婦健康診査と異なる場合は、医療機関の名称と所在地をご記入ください。

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

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。

受検した検査にチェックをお願いします。

金額欄には、公的医療保険の対象とならない聴覚検査費用を記入してください。検査の種類によって申請可能な上限金額が変わります。

\*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	5	3	2	0	0	円
------------	---	---	---	---	---	---

受付日
No.
子ども保健課

受検日を記入してください

《添付書類》①未使用の妊産婦健康診査受診券・乳児一般健康診査受診券  
②医療機関記入欄の記入されている産婦健康診査受診券  
③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申請者名義の振込口座の確認ができる通帳など  
②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)

<R5年11月作成>