

八女市妊産婦等健康診査費支給申請書

年 月 日

八女市長

八女市の関連要綱（里帰り等妊婦健康診査費の補助に関する要綱、産婦健康診査事業実施要綱、1か月児健康診査事業実施要綱、新生児聴覚検査助成要綱）に基づき、下記の該当する助成金の支給を申請します。また、八女市がこの申請に必要な情報について調査すること及び医療機関等に照会することに同意します。

■申請者・支給対象者（妊産婦本人・保護者）

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日
住所	〒 ー ー 八女市	☎ ー ー

■支給対象者（児）

ふりがな		生年月日
氏名		年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ・〒 ー ー 八女市	

申請	受診内容・回数	受診日	補助限度	自己負担額	補助金の額
<input type="checkbox"/>	妊婦健診	1回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		2回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		3回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		4回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		5回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		6回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		7回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		8回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		9回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		10回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		11回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		12回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		13回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>		14回	年 月 日	円	円
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん検診	年 月 日	円	円	円
<input type="checkbox"/>	産婦健診	1回	年 月 日	5,000円	円
<input type="checkbox"/>		2回	年 月 日	5,000円	円
<input type="checkbox"/>	1か月児健診	年 月 日	6,000円	円	円
<input type="checkbox"/>	新生児聴覚検査	年 月 日	円	円	円
補助金申請額合計 (各回の補助限度額と自己負担額とのいずれか少ない額)					円

※本人確認書類	<input type="checkbox"/> 免許証	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 資格確認証・他（ ）
---------	------------------------------	------------------------------------	--

※以下の資料を添付し、妊婦健康診査は出産後1年以内、その他は受診日から1年以内に申請してください。

- (1) 母子健康手帳の写し
- (2) 使用しなかった助成券
- (3) 受診した検査項目、期日及び費用が記載された医療機関発行の領収証
(各回分ごとに該当する検査項目が確認できるものに限る。)
- (4) 申請者本人名義の銀行口座がわかるもの
- (5) 本人確認書類（免許証、マイナンバーカード等）