

鹿嶋市妊産婦等一般健康診査及び新生児聴覚検査費助成申請書兼請求書

受診者 (該当する健診に☑) <input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 <input type="checkbox"/> 産婦一般健康診査 <input type="checkbox"/> 1か月児一般健康診査 <input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査	フリガナ			生年月日		
	氏名			年 月 日		
	住所	〒 鹿嶋市				
	電話番号	()				
※県外医療機関受診事由 (乳児等健康診査の場合のみ記入)		例) 災害・入院 等 _____				
妊婦健診 ※ 該当する健診の 受診日を記入	健診回数	受診日		健診回数	受診日	
	第1回	年	月	日	第9回	年 月 日
	第2回	年	月	日	第10回	年 月 日
	第3回	年	月	日	第11回	年 月 日
	第4回	年	月	日	第12回	年 月 日
	第5回	年	月	日	第13回	年 月 日
	第6回	年	月	日	第14回	年 月 日
	第7回	年	月	日	第15回(多胎)	年 月 日
	第8回	年	月	日	第16回(多胎)	年 月 日
産婦健診	第1回	年	月	日	第2回	年 月 日
1か月児健診	第1回	年	月	日		
乳児健診	第1回	年	月	日	第2回	年 月 日
新生児聴覚検査	初回検査	年	月	日	確認検査	年 月 日
領収書(原本)の返却		済 <input type="checkbox"/> ※窓口担当者チェック		健診を受けた都道府県名 ()		
鹿嶋市長 様 上記のとおり、関係書類を添えて妊産婦等一般健康診査及び新生児聴覚検査費の助成を申請します。 年 月 日 【申請者】住所 鹿嶋市 氏名 _____ 受診者との続柄 _____ 電話番号 () _____ 1 助成金については、以下の口座へ振込を依頼します。						
振込口座	金融機関コード			店番号		
	金融機関名			銀行 金庫 組合	本店 普通 支店 当座 出張所 (該当を○で囲む。)	
	口座番号			フリガナ 口座名義人		
委任状	鹿嶋市妊産婦等一般健康診査及び新生児聴覚検査助成費の受領に関し、下記の者に委任します。 委任者(申請者) 氏名 _____ 受任者 氏名 _____					

《担当者記入欄》

	回数	助成金額上限	受診者支払額	助成額	回数	助成金額上限	受診者支払額	助成額
		①	②	①と②のうち、いずれか低い額		①	②	①と②のうち、いずれか低い額
妊婦	1	26,660円	円	円	9	5,780円	円	円
	2	5,780円	円	円	10	5,780円	円	円
	3	5,780円	円	円	11	11,440円	円	円
	4	10,560円	円	円	12	10,560円	円	円
	5	5,780円	円	円	13	5,780円	円	円
	6	9,190円	円	円	14	5,780円	円	円
	7	5,780円	円	円	15	5,780円	円	円
	8	13,940円	円	円	16	5,780円	円	円
産婦	1	5,000円	円	円	2	5,000円	円	円
1児	1	6,000円	円	円				
乳児	1	6,000円	円	円	2	6,000円	円	円
聴覚	初回	(自動ABR) 5,000円	円	円	確認	(自動ABR) 5,000円	円	円
	初回	(OAE) 3,000円	円	円	確認	(OAE) 3,000円	円	円
合計金額		円		決定通知	振込日			