

鹿嶋市妊産婦・乳児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☑) ☐ 妊婦健康診査 ☐ 産婦健康診査 ☐ 乳児健康診査 ☐ 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8回	年 月 日	
	第2回	年 月 日		第9回	年 月 日	
	第3回	年 月 日		第10回	年 月 日	
	第4回	年 月 日		第11回	年 月 日	
	第5回	年 月 日		第12回	年 月 日	
	第6回	年 月 日		第13回	年 月 日	
産婦健診	第1回	年 月 日		第2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 ☐ ※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・乳児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 電話番号 () 受診者との関係						
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		口座種別
	金融機関名	銀行 金庫 組合			本店 支店 出張所	普通 当座 (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・乳児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	20,550円	円	円	8	10,600円	円	円
	2	5,000円	円	円	9	5,000円	円	円
	3	5,000円	円	円	10	5,000円	円	円
	4	8,500円	円	円	11	8,000円	円	円
	5	5,000円	円	円	12	8,500円	円	円
	6	6,000円	円	円	13	5,000円	円	円
	7	5,000円	円	円	14	5,000円	円	円
産婦 乳児	1	5,000円	円	円	2	5,000円	円	円
聴 覚	1	5,605円	円	円	2	5,605円	円	円
	初 回	(自動ABR) 3,000円	円	円	確 認	(自動ABR) 3,000円	円	円
	初 回	(OAE) 2,000円	円	円	確 認	(OAE) 2,000円	円	円
合計金額 円				決定通知	振込日			