

富山市妊産婦・乳児（1か月児・新生児聴覚検査）健康診査費助成申請書兼請求書

（宛先）富山市長

関係書類を添えて、下記の通り助成を申請します。また、次の事項について同意します。

- (1) 本申請に係る審査のため、住民登録情報を閲覧すること。
- (2) 健診・検査の内容や費用について、支払いに必要な情報を市が医療機関へ照会すること。
- (3) 医療機関等が、申請者の申請状況や検査内容等の情報を市に提供すること。

1. 申請者（妊産婦健診受診者 または 対象の保護者 記入）太枠の中をご記入ください。（※印は市で記入します。）

住所	〒
氏名	
電話	() -

2. 請求額

助成対象健診		健診受診日	※健診支払額	※助成決定額	助成対象健診		健診受診日	※健診支払額	※助成決定額
妊婦一般健康診査	第1回	月 日	円	円	妊婦一般健康診査	第9回	月 日	円	円
	第2回	月 日	円	円		第10回	月 日	円	円
	第3回	月 日	円	円		第11回	月 日	円	円
	第4回	月 日	円	円		第12回	月 日	円	円
	第5回	月 日	円	円		第13回	月 日	円	円
	第6回	月 日	円	円		第14回	月 日	円	円
	第7回	月 日	円	円	産婦健康診査	2週間健診	月 日	円	円
	第8回	月 日	円	円		1か月健診	月 日	円	円

1か月児健康診査・新生児聴覚検査の償還払い申請時は下記も記載ください。（注）健診支払額は、実際に健診に要した費用の額とする。

対象児氏名	対象児生年月日	令和 年 月 日	※助成決定額	1か月児健診	円
対象児住所	※申請者と異なる場合に記載			新生児聴覚検査	円

3. 振込先

金融機関名				支店名				預金種別			
銀行 金庫 農協	銀行コード			本店 支店 出張所	支店コード			普通・当座			
	口座番号				口座名義 * カタカナで記入						

（注）振込先口座名義が申請者と異なる場合は、委任状が必要

※助成決定額合計	円
----------	---

（添付書類） ※領収書、母子健康手帳は原本確認後コピー

<input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査 <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 妊婦一般健康診査受診票兼健康診査費請求書（太枠内記載） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（頁：妊娠中の経過）	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査受診票兼健康診査費請求書（受診医療機関にて健診結果等記載されたもの） <input type="checkbox"/> 質問票（健診を受診する際に本人が記載） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（頁：出産後の母体の経過）	<input type="checkbox"/> 1か月児健康診査 <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査受診票兼健康診査費請求書（受診医療機関にて健診結果等記載されたもの） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（頁：1か月児健康診査）	<input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査受診票兼検査費請求書（医療機関にて検査結果を記載されたもの）
---	---	--	---

申請確認印	申請受理印