

妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費用 償還払い申請書兼請求書

年 月 日

泉佐野市長 様

申請者 下

住所

氏名 印 ()

電話

妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査に要した費用の償還払いを受けたいので、関係書類を添えて申請及び請求します。
泉佐野市こども家庭課から医療機関へすでに妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査を受けているか確認することに同意します。
なお、償還払い金は下記の指定振込口座へ振り込み願います。

妊産婦氏名					生年月日	昭和 平成・	年	月	日生	※こども家庭課 記入欄	
乳児氏名					生年月日	令和	年	月	日生		
受診日		利用券	妊娠・産後・ 生後週数	医療機関名称・所在地		受診に要した 費用(保険外)	請求額 (受診に要した費用 と償還払い対象経費 のいずれか低い額)		住民 の有無	支給決定額	
1	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
2	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
3	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
4	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
5	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
6	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
7	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
8	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
9	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
10	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
11	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
12	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
13	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
14	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地		円	円			円	
産婦健康 診査①	年 月 日	受診券 補助券	産後 週 日	名称 所在地		円	円			円	
産婦健康 診査②	年 月 日	受診券 補助券	産後 週 日	名称 所在地		円	円			円	
新生児聴 覚検査	年 月 日	受検票 ABR・OAE	生後 日	名称 所在地		円	円			円	
1か月児 健康診査	年 月 日	受診票	生後 日	名称 所在地		円	円			円	
計						円	円			円	
指 定 振 込 口 座	金融機関名	銀行・信金・農協				支店・支所					
	口座種別				口座番号						
	口座名義	フリガナ									