

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 \_\_\_\_\_ 妊婦との続柄

氏名 \_\_\_\_\_ ( )

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。  
 泉佐野市子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		※子ども家庭課 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	円
2	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地	円	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	円
4	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地	円	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	円
6	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地	円	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	円
8	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地	円	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	円
10	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地	円	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	円
12	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地	円	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	円
14	年 月 日	受診券 補助券	妊娠 週 日	名称 所在地	円	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	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	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	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	円
計					円	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		