

妊産婦健康診査受診費等償還払い助成金申請書

年 月 日

霧島市長 様

霧島市妊婦・乳幼児健康診査事業実施要綱第9条および霧島市産婦健康診査事業実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて（妊婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査・産婦健康診査）の受診費の助成金を下記のとおり申請します。

記

ふりがな		生年月日	年 月 日
妊産婦氏名			
妊産婦住所	霧島市 電話番号（ - - ）		
ふりがな		生年月日	年 月 日
乳児氏名			
乳児住所	※妊産婦と同住所の場合は記入の必要はありません		

市記入欄

検査項目	健診受診日	申請額	検査項目	健診受診日	申請額
妊婦健康診査(1)	年 月 日	円	妊婦健康診査(9)	年 月 日	円
妊婦健康診査(2)	年 月 日	円	妊婦健康診査(10)	年 月 日	円
妊婦健康診査(3)	年 月 日	円	妊婦健康診査(11)	年 月 日	円
妊婦健康診査(4)	年 月 日	円	妊婦健康診査(12)	年 月 日	円
妊婦健康診査(5)	年 月 日	円	妊婦健康診査(13)	年 月 日	円
妊婦健康診査(6)	年 月 日	円	妊婦健康診査(14)	年 月 日	円
妊婦健康診査(7)	年 月 日	円	1か月児健康診査	年 月 日	円
妊婦健康診査(8)	年 月 日	円	産婦健康診査(1回目)	年 月 日	円
			産婦健康診査(2回目)	年 月 日	円

種別	検査日	検査結果	検査費用
新生児聴覚検査（初回）	年 月 日	異常なし・要再検	円
新生児聴覚検査（確認）	年 月 日	異常なし・要再検	円

申請上の注意

- この申請書は、霧島市民の方で、医療機関等（国内のみ）において各健康診査及び検査を受診された方が受診費の償還払いを受けるための書類です。太枠内を記入してください。
- 申請者は、母子健康手帳、医療機関等発行の領収書や明細書と検査結果を記載した受診票を添付してください。受診票1枚につき、助成は1回までです。
- 助成金の申請は、各健康診査の受診日からできます。ただし、出産日及び死産した場合においては出産予定日から起算して6か月以内に行ってください。

【同意書】本申請にあたり、霧島市妊婦・乳幼児健康診査事業実施要綱第10条および霧島市産婦健康診査事業実施要綱第9条に基づき、市が申請に必要な健診費用及び健診結果について、情報収集することに同意します。

<署名欄>