妊産婦等健康診査費用助成金交付申請書

三股町長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　　　年　　 月　　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　 年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　-　　　　　　-

里帰り等の理由により、宮崎県外の医療機関などで妊婦健康診査等を受診し、費用を負担したので、下記のとおり、妊産婦健康診査、乳児健康診査及び新生児聴覚検査費用助成金の交付を申請します。

　また、この申請の内容について、受診した医療機関などへ確認することに同意します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 妊産婦健診受診者 | | 住所：□ 申請者と同じ  三股町 | | 生年月日：□ 申請者と同じ  　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 氏名：□ 申請者と同じ | | 電話番号：□ 申請者と同じ  　　 －　　　　　　－ | | |
| 新生児聴覚検査・  乳児健診受診者 | | ： | | 生年月日：　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | |
| 種別／回数 | | 受診年月日 | (ア)自己負担額 | (イ)助成限度額 | | 請求額  (ア)(イ)のうち少ない方 |
| 妊　婦　健　康　診　査 | 子宮頸がん | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 1回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 2回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 3回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 4回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 5回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 6回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 7回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 8回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 9回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 10回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 11回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 12回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 13回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 14回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 歯科健診 | 年 月 日 | 円 |  | 円 | 円 |
| 新生児聴覚検査 | | 年 月 日 | 円 | □AABR  □OAE | 円  円 | 円 |
| 産婦  健診 | 1回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 2回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 乳児  健診 | 1回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
| 2回目 | 年 月 日 | 円 | 円 | | 円 |
|  |  |  |  | 合 計 | | 円 |

裏面もあります

【振込先口座】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行  金庫  農協 | | | | | | | | 本店  支店  出張所 |
| 預金種別 | 普通  当座 | | | フリガナ | | | |  | |
| 口座名義人 | | | |  | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  | ※　右詰めで記入してください | |

【委任状】※ 妊婦・産婦健診受診者もしくは新生児聴覚検査・乳児健診受診者の保護者以外（代理人）が申請をする場合は、必ず記入してください。

|  |
| --- |
| **委任状（妊婦・産婦健診受診者もしくは新生児聴覚検査・乳児健診受診者の保護者が記入）**    私は、妊婦健康診査費等助成金交付申請について、次の者に委任します。  委任者（健診受診者・保護者）住所  　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  受任者（代理人）　　　　　　住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄） |

【三股町記入欄】※以下記入不要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 添付書類 | チェック欄 |
| 1 | 三股町妊婦健康診査費等助成金交付申請書（様式第1号） |  |
| 2 | 各種助成券  ・子宮がん検査助成券  ・妊婦健康診査助成券  ・新生児聴覚検査同意書兼助成券  ・妊婦歯科健康診査  ・産婦健康診査助成券  ・乳児健康診査受診表 |  |
| 3 | 領収書、診療明細書(原本) |  |
| 4 | 母子健康手帳の写し |  |
| 5 | 振込先口座の記入・写し |  |
| 6 | 委任状の記入　※ 代理申請の場合 |  |