

阿賀野市新生児聴覚検査費及び産後1か月母子健康診査費助成交付申請書

阿賀野市長 様

申請日当日の日付です。

年 月 日

申請者は原則産婦（乳児の母）となります。

<申請者（保護者）>

住 所 阿賀野市

氏 名

電話番号

下記のとおり新生児聴覚検査及び産後1か月母子健康診査を受診しましたので、検査費及び健康診査費助成金の交付を申請します。

なお、申請にあたり必要がある時は住民基本台帳閲覧や医療機関へ内容確認等を行うことに同意します。

1 対象者

(1) 産婦（母）氏名

(2) 乳 児 氏 名

(3) 出産日（対象乳児生年月日） 年 月 日 生まれ

2 健康診査内容

検査、健康診査名	受診医療機関	検査、健康診査受診日
新生児聴覚検査		年 月 日
1 か 月 健 診		年 月 日
産婦	分娩入院時の領収書に含まれていることが多いです。	
		年 月 日

3 添付書類 新生児聴覚検査に係る領収書及び診療明細書

1 か月健診に係る領収書及び診療明細書

母子健康手帳の写し（新生児聴覚検査、1 か月健診の結果が記載されたもの）

振込先がわかるもの（通帳の写しなど）

母子手帳や通帳のコピーは申請時に行います。

4 助成金の振込先

金融機関	銀行・農協 支店 信組・信金 支所		
種別・口座番号	普通・当座	口座番号	
ふりがな			
口座名義人			

申請者の口座番号を記入してください。

◎ 下記は市で記入

検査、健康診査名	自己負担額（助成対象額）	助成額
新生児聴覚検査	円（ 円）	円 （※上限 6,000 円）
1 か 月 健 診	円（ 円）	円
産婦 1 か月健診	円（ 円）	円
助成合計額		円