

新生児聴覚検査費・1か月児健康診査費償還払助成金申請書

日付は、記入しないでください。

年 月 日

指宿市長 様

指宿市妊産婦・乳幼児健康診査等委託事業実施要綱第9条第2項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり新生児聴覚検査・1か月児健康診査に係る費用の助成について申請をします。

フリガナ 申請者氏名	イフスキ ハナコ 指宿 花子					
申請者住所	指宿市十町2424番地			電話番号	22-2111	
フリガナ 子の氏名	イフスキ ハナ 指宿 花菜		生年月日	令和 2年 1月 1日生		
申請内容	検査内容	検査日	検査費用 (自己負担額)	検査費用 (助成対象額)	上限額	償還払決定額
	新生児聴覚検査 初回検査	年 月 日	円	円	3,000円	円
	新生児聴覚検査 確認検査	*申請内容は、記入しないでください。 助成額には、上限があります。健診費用が上限額より少ない場合は、その額が申請額となります。				円
	1か月児 健康診査	年 月 日	円	円	4,000円	円
	全 合 計		円	円		円

処理欄（下枠内は記入不要）

支給決定年月日	年 月 日	支給決定金額	円
---------	-------	--------	---

注1 この申請書は、指宿市民の方で、医療機関において新生児聴覚検査・1か月児健康診査を受診された方が検査費の償還払助成金を受けるための書類です。

2 申請者は、新生児聴覚検査受診(結果)票・乳児健康診査受診票（1か月）と医療機関等が発行した領収書その他新生児聴覚検査・1か月児健康診査に要した費用の支払い額が確認できる書類、母子健康手帳の「検査の記録」の写しを添付してください。

3 新生児聴覚検査の償還払いは、支払った金額のうち初回検査 3,000円・確認検査 3,000円を上限に還付されます。1か月児健康診査の償還払いは、支払った金額のうち 4,000円を上限に還付されます。