

米沢市助成金交付申請書【産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査】

令和 年 月 日

米沢市長 あて
次のとおり

- 産婦健康診査助成金 (①、②、③を記入)
- 米沢市新生児聴覚検査助成金 (①、②、④を記入)
- 1か月児健康診査助成金 (①、②、⑤を記入)

希望するものに
「レ」チェックを
入れてください

を申請します。
また、領収書の内容について医療機関に照会することに同意します。

① 申請者について (記入必須)

氏名 (産婦)	フリガナ	生年月日	昭和・平成	年	月	日
現住所	〒 - ※健康診査日および検査日において上記の住所と違った場合のみ下記に記入 (米沢市)					
電話番号	- -					

② 振込先金融機関について (記入必須)

申請者 (産婦) 名義の口座を記入してください。

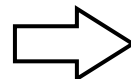
金融機関名	銀行	本店	1 普通	口座番号							
	信用金庫	支店	2 当座								
	農協	出張所									
口座名義人(カナで記入)											

③ 産婦健康診査実施状況 (申請する場合のみ記入)

実施医療機関	医療機関名： 住所： 電話番号：										
健康診査受診日	1回目： 年 月 日				2回目： 年 月 日						
健康診査費用	円					円					
請求額	(健康診査費用と 5,000 円のいずれか低い方の額)										
	① 円					② 円					
助成金申請合計額		(①②の合計額)									

※上限額は1回目2回目それぞれ5,000円です。また、保険診療に係る費用は対象外となります。

裏面あり



④ 新生児聴覚検査実施状況（申請する場合のみ記入）

検査対象児 (児氏名)	フリガナ	生年月日	令和 年 月 日
	フリガナ (双胎児の場合)		
住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ (異なる場合のみ記入)		
実施医療機関	医療機関名： 住所： 電話番号：		
検査日	初回検査 (令和 年 月 日)	確認検査 (令和 年 月 日)	
検査方法	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (OAE)	<input type="checkbox"/> 自動聴性脳幹反応検査 (AABR) <input type="checkbox"/> 耳音響放射検査 (OAE)	
検査結果	<input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 再検査 (リファー)	<input type="checkbox"/> 異常なし (パス) <input type="checkbox"/> 要精密検査 要精検となった場合の紹介先 (医療機関名：)	
検査費用	① 円	② 円	
請求額	(①②の合計額と児一人あたり 5,000 円のいずれか低い方の額) 円		

※初回検査及び再検査を含めて上限額は児一人あたり 5,000 円です。
また、保険診療に係る費用は対象外となります。

⑤ 1か月児健康診査実施状況（申請する場合のみ記入）

健康診査対象児 (児氏名)	<input type="checkbox"/> ④と同じ (異なる場合のみ記入)		
	フリガナ	生年月日	令和 年 月 日
フリガナ (双胎児の場合)			
住所	<input type="checkbox"/> ①と同じ (異なる場合のみ記入)		
実施医療機関	医療機関名： 住所： 電話番号：		
健康診査受診日	令和 年 月 日		
健康診査費用	円		
請求額	(健康診査費用と児一人あたり 4,000 円のいずれか低い方の額) 円		

※上限額は児一人あたり 4,000 円です。また、保険診療に係る費用は対象外となります。

【添付書類】

- ・各健康診査および検査の費用が記載されている領収書と診療明細書
- ・各健康診査および検査の結果がわかる書類
- ・米沢市で交付した各健康診査受検票および受検票
- ・産婦名義の振込口座が分かるもの (通帳)