

様式第1号

母子健康診査等費用補助金交付申請書

年 月 日

摂津市長 様

母子健康診査等費用補助金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

**妊婦健診・産婦健診の申請がある場合は、妊婦・産婦ご本人が申請者になります。**

1. 申請者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	摂津市	電話番号	

**残っている受診券の枚数**

2. 妊婦健康診査

**保険外の健診にかかった費用もしくは空欄でも可**

妊婦健康診査														
未使用の受診券の枚数	枚										申請額 (費用負担額)	円		
未使用の受診券の番号 (○で囲むこと)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
産婦健康診査														
未使用 受診券	1回目	受診年月日	年 月 日	申請額 (費用負担額)	円									
	2回目	受診年月日	年 月 日	申請額 (費用負担額)	円									

**保険外の健診にかかった費用もしくは空欄でも可**

3. 新生児聴覚検査又は乳児一般健康診査に係る補助金申請額 (負担額)

検査・診査を受けた子ども	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	(申請者と違う場合) 摂津市		
新生児聴覚検査				
受診券	受検年月日	年 月 日	申請額 (費用負担額)	円
乳児一般健康診査				
受診券	受診年月日	年 月 日	申請額 (費用負担額)	円

**保険外の健診にかかった費用もしくは空欄でも可**

**保険外の聴覚検査にかかった費用もしくは空欄でも可**

添付書類

- (1) 未使用の受診券
- (2) 支払った費用の額を証明する書類 (領収書など)
- (3) 妊婦健康診査又は乳児一般健康診査については、対象となる健康診査の記録が記載された母子健康手帳の写し
- (4) その他市長が必要と認めるもの