

亀岡市妊産婦健診及び新生児聴覚検査費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先) 亀岡市長

申請者
〒

住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

受診者との続柄 _____

亀岡市妊産婦健診及び新生児聴覚検査費用助成要綱第7条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

申請額(下表①+②) 円

健診項目	受診日	受診費用 (円)	上限額 (円)	健診項目	受診日	受診費用 (円)	上限額 (円)
基本健診①	年 月 日		3,620	前期-血液①	年 月 日		3,380
基本健診②	年 月 日		3,620	前期-血液②	年 月 日		480
基本健診③	年 月 日		3,620	中期-血液③	年 月 日		3,380
基本健診④	年 月 日		3,620	後期-血液④	年 月 日		1,830
基本健診⑤	年 月 日		3,620	前期-免疫	年 月 日		5,100
基本健診⑥	年 月 日		3,620	中期~後期-B群	年 月 日		3,700
基本健診⑦	年 月 日		3,620	前期-HIV	年 月 日		1,120
基本健診⑧	年 月 日		3,620	前期がん 異常なし 要精密検査 他の疾患	年 月 日		3,200
基本健診⑨	年 月 日		3,620		年 月 日		3,200
基本健診⑩	年 月 日		3,620		年 月 日		3,200
基本健診⑪	年 月 日		3,620	前期-超音波①	年 月 日		5,300
基本健診⑫	年 月 日		3,620	前期-超音波②	年 月 日		5,300
基本健診⑬	年 月 日		3,620	中期-超音波③	年 月 日		5,300
基本健診⑭	年 月 日		3,620	後期-超音波④	年 月 日		5,300
多胎①	年 月 日		3,620	前期-HTLV-1	年 月 日		850
多胎②	年 月 日		3,620	クラミジア	年 月 日		2,330
多胎③	年 月 日		3,620	多胎 超音波①	年 月 日		5,300
多胎④	年 月 日		3,620	多胎 超音波②	年 月 日		5,300
多胎⑤	年 月 日		3,620	多胎 超音波③	年 月 日		5,300
多胎⑥	年 月 日		3,620	産婦健診①	年 月 日		5,000
				産婦健診②	年 月 日		5,000
/				新生児聴覚検査(自動ABR・ABR)	年 月 日		4,020
/				新生児聴覚検査(OAE)	年 月 日		1,500
受診費用又は上限額の低い方の金額の合計 ①				受診費用又は上限額の低い方の金額の合計 ②			

* 申請者と受診者が異なる場合は記入してください

受診者 〒

住所 亀岡市 電話番号 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日