

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		4,830	前期－血液①	年 月 日		3,410
基本健診②	年 月 日		4,830	前期－血液②	年 月 日		780
基本健診③	年 月 日		4,830	中期－血液③	年 月 日		3,410
基本健診④	年 月 日		4,830	後期－血液④	年 月 日		1,860
基本健診⑤	年 月 日		4,830	前期－免疫	年 月 日		5,070
基本健診⑥	年 月 日		4,830	中期～後期－B群	年 月 日		3,800
基本健診⑦	年 月 日		4,830	前期－HIV	年 月 日		1,090
基本健診⑧	年 月 日		4,830	前期がん	異常なし	年 月 日	3,200
基本健診⑨	年 月 日		4,830		要精密検査	年 月 日	3,200
基本健診⑩	年 月 日		4,830		他の疾患	年 月 日	3,200
基本健診⑪	年 月 日		4,830	前期－超音波①	年 月 日		5,300
基本健診⑫	年 月 日		4,830	前期－超音波②	年 月 日		5,300
基本健診⑬	年 月 日		4,830	中期－超音波③	年 月 日		5,300
基本健診⑭	年 月 日		4,830	後期－超音波④	年 月 日		5,300
多胎①	年 月 日		4,830	前期－HTLV-1	年 月 日		1,590
多胎②	年 月 日		4,830	クラミジア	年 月 日		2,280
多胎③	年 月 日		4,830	多胎 超音波①	年 月 日		5,300
多胎④	年 月 日		4,830	多胎 超音波②	年 月 日		5,300
多胎⑤	年 月 日		4,830	多胎 超音波③	年 月 日		5,300
多胎⑥	年 月 日		4,830	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

妊産婦健診 受診者 住所 亀岡市 電話番号

氏名 生年月日 年 月 日

新生児聴覚検査 受診者 住所 亀岡市

氏名 生年月日 年 月 日