

第1号様式（第2条関係）

新生児聴覚検査・産婦健康診査費支給申請書

久留米市長あて

年 月 日

久留米市新生児聴覚検査実施要綱第11条及び久留米市産婦健康診査実施要綱第11条の規定に基づき、
☐ 新生児聴覚検査 の費用の一部の支給を申請します。
☐ 産婦健康診査

1 申請者（健康診査の受診者等）

フリガナ 氏 名			生 年 月 日		
※親子（母子）健康手帳交付後、姓が変わった方のみ旧姓（ ）			年 月 日		
住 所	〒	—	Tel（ ）		—
	久留米市				出 産 日
年 月 日					
※転入者・転出者のみ記入					
転入日	年	月	日	転出後の住所	〒 —
転出日	年	月	日		

2 受診医療機関

名 称		Tel（ ） —
住 所		

3 申請額*医療機関で受診した種目の番号に○をつけてください。

番号	健康診査種目	受診年月日	検査方法	領収書の金額（ア） （医療保険適用外のみ）	上限額 （イ）	申請額 （ア）と（イ）のうち低い額
1	新生児聴覚検査 〔 聴覚検査を受けた児の氏名 〕	年 月 日	AABR またはABR	円	3,000 円	円
			OAE	円	1,500 円	
2	産婦健康診査（1回目）	年 月 日		円	5,000 円	円
3	産婦健康診査（2回目）	年 月 日		円	5,000 円	円
					産婦健康診査費計	円
					申請額合計	円

4 支払口座

金融機関名		銀行・信用金庫 信用組合・農協				本店・支店 支所・出張所				市受付印
種目	普通	口座番号 （右詰めで記入）								
フリガナ										
口座名義（申請者名義）										

添付書類

- ☐ 受診費用を証明する書類（受診機関、受診日、保険適用の有無が明記された医療機関が発行する領収書）
- ☐ 検査・健診受診状況が確認できるもの（親子（母子）健康手帳等）
- ☐ 新生児聴覚検査補助券（新生児聴覚検査費用の一部の支給を申請する場合のみ）
- ☐ 産婦健康診査補助券（1回目・2回目）（産婦健康診査費用の支給を申請する場合のみ）

職員記入
同時申請
☐ 妊婦