

第1号様式（第2条関係）

新生児聴覚検査・産婦健康診査・1か月児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、久留米市産婦健康診査実施要綱第11条及び久留米市1か月児健康診査実施要綱第10条の規定に基づき、
□新生児聴覚検査 の費用の一部の支給
□産婦健康診査
□1か月児健康診査
を申請します。

1 申請者（健康診査の受診者等）

フリガナ		生 年 月 日	
氏 名		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	
フリガナ			出 産 日
子の氏名			年 月 日
住 所	〒	—	TEL（ ） —

2 受診医療機関

名 称		TEL（ ） —
住 所		

3 申請額

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	年 月 日	A A B R またはA B R	円	円	円
			O A E	円	円	
2	産婦健康診査（1回目）	年 月 日		円	円	円
3	産婦健康診査（2回目）	年 月 日		円	円	円
4	1か月児健康診査	年 月 日		円	円	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）
- 各種健康診査補助券（該当診査費用の支給を申請する場合）

職員記入
同時申請
□妊婦