

様式13

妊婦、産婦、乳児健康診査費及び新生児聴覚検査費交付申請書

年 月 日

碧南市長 殿

申請者住所 碧南市

電 話 ー

氏 名

下記のとおり、関係書類を添えて妊婦、産婦、乳児健康診査及び新生児聴覚検査費用の交付を申請します。

記

私は、妊婦、産婦、乳児健康診査及び新生児聴覚検査費交付申請において、住民であることを確認するために住民基本台帳を確認することについて同意します。

| | | | | | |
|---------|------|------|--|------|------|
| 健診を受けた者 | 住所 | | | | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | |
| | 氏名 | | | 生年月日 | |
| 種類 | 受診日 | 医療機関 | 種類 | 受診日 | 医療機関 |
| 妊婦健康診査 | | | 妊婦健康診査 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 子宮頸がん検診 | | | 新生児聴覚検査 | | |
| 産婦健康診査 | | | 産婦健康診査 | | |
| 乳児健康診査 | | | 乳児健康診査 | | |
| 受診票番号 | 申請理由 | | <input type="checkbox"/> 県外診療 <input type="checkbox"/> 助産所 <input type="checkbox"/> その他 () | | |

また、妊婦、産婦、乳児健康診査及び新生児聴覚検査にかかった費用のうち、保険外診療分が償還払いの対象となるので、領収書に記載されていない場合は、医療機関に確認をとることを私は
 (承諾します・承諾しません)。
 サイン _____