

福岡市健康診査等助成金交付申請書（請求書）

令和 年 月 日

申請先 福岡市長

私は、下記事項に同意の上、福岡市健康診査等助成金の交付を申請します。

- ① 申請した内容について確認の必要がある場合は、福岡市が公簿等で確認することや医療機関等に問い合わせをすることに同意します。
- ② 福岡市が公簿等で確認できない場合は、関係書類を提出します。

1 申請者情報

フリガナ	生年月日	
氏名	印	S・H 年 月 日
※自署の場合は押印不要		
住所 連絡先	〒 ー	TEL ()
福岡市 区		
助成を希望する検査・健診※希望するものに○を付けてください。	新生児聴覚検査 ・ 産婦健康診査 ・ 1か月児健康診査	

2 助成金申請額

(1) 新生児聴覚検査

フリガナ	生年月日			
赤ちゃんの氏名	年 月 日			
住所 (申請者と違う場合)	都道府県 市区町村			
受検年月日	検査内容	検査結果	自己負担額 (領収書金額)	申請額
年 月 日	AABR・OAE	初回検査 右 パス・リファ 左 パス・リファ	確認検査 右 パス・リファ 左 パス・リファ	円 円

(2) 産婦健康診査

フリガナ	生年月日		
産婦の氏名	S・H 年 月 日		
住所 (申請者と違う場合)	都道府県 市区町村		
産婦健康診査	健診受診年月日	自己負担額 (領収書金額)	申請額
1回目	年 月 日	円	円
2回目	年 月 日	円	円

(3) 1か月児健康診査

フリガナ	生年月日*	
赤ちゃんの氏名*	年 月 日	
住所* (申請者と違う場合)	都道府県	市区町村
受診年月日	自己負担額 (領収書金額)	申請額
年 月 日	円	円
医師の判定		
問題なし ・ 要指導 ・ 要観察 ・ 要精密 ・ 要治療 ・ 加療中 ・ 訪問支援		

※ 新生児聴覚検査の記載内容と同じ場合は省略可能

3 振込先 「1 申請者」の氏名と異なる場合は委任状が必要です。

金融機関名	銀行・金庫・農協		本店・支店・出張所	
預金種別	普通・当座	口座番号	番号(右づめで記入)	(フリガナ)
ゆうちょ銀行 口座への振込 を希望の場合	店番	番号(右づめで記入)	(フリガナ)	
	口座番号		口座名義	

4 添付書類等チェック (添付書類が全て揃っているか確認してください。)

	必要書類等	チェック
1	請求日は一番遅い検査(受診)年月日から1年以内である。	
2	領収書(保険診療でないことが確認できるもの)	
3	診療明細書(検査(受診)ごとの金額が確認できるもの)	
4	助成を希望する検査(健診)の記入済みの福岡市の助成券又は1か月健康診査受診票	(1)福岡市新生児聴覚検査助成券 (2)産婦健康診査助成券(1回目)* (3)産婦健康診査助成券(2回目)* (4)1か月児健康診査受診票*
5	※2又は3がない場合…証明書(様式第2号)	
6	※(2)産婦健康診査助成券(1回目)又は(3)産婦健康診査助成券(2回目)がない場合…医師が記入した母子健康手帳の産婦健診のページ又は様式第2号-1	
7	※(4)1か月児健康診査受診票がない場合…様式第2号-2	
8	振込先口座の通帳のコピー(預金名義人等が確認できるページ)	
9	母子健康手帳及び「福岡市妊婦健康診査・産婦健康診査助成券つづり」	

受付印