

- この様式は、領収書等で新生児聴覚検査、産婦健康診査又は1か月児健康診査にかかった領収金額が証明できない場合に使用して下さい。
- この様式の発行にかかる手数料等は、申請者の自己負担となります。

年 月 日

あて先 福岡市長

(実施機関)

住 所

名 称

代表者名

印

電話番号

下記の者について、(新生児聴覚検査・産婦健康診査・1か月児健康診査)を実施し、(検査料金・健診料金)について領収したことを証明します。

ふりがな		生年月日
産婦健診を受けた方の 氏名		S・H 年 月 日
ふりがな		生年月日
検査(健診)を 受けた赤ちゃんの氏名 (決まっている場合)		年 月 日

◇ 検査内容・健診受診日及び領収金額(実施機関記入) ◇

新生児 聴覚検査	検査実施日	検査機器 ※該当する機器に○	領収金額 (保険診療分を除く)
	年 月 日	AABR ・ OAE	円
産婦健康診査	健診実施日 ※産後8週未満に実施した健診が助成対象です。		領収金額 (保険診療分を除く)
	1 回目	年 月 日(産後 日目)	円
	健診内容 ※実施したものに○ 問診 診察 体重・血圧測定 尿検査 EPDS 赤ちゃんへの気持ち質問票		
	2 回目	年 月 日(産後 日目)	円
健診内容 ※実施したものに○ 問診 診察 体重・血圧測定 尿検査 EPDS 赤ちゃんへの気持ち質問票			
1か月児 健康診査	健診実施日	判定	領収金額 (保険診療分を除く)
	年 月 日 (生後 日目)	問題なし・要指導・要観察・ 要精密・要治療・加療中・ 訪問支援	円

実施機関の方へ

ご本人が「福岡市産婦健康診査助成券」又は「1か月健康診査受診票」をお持ちでない場合は、様式第2号-1及び2に結果の記載をお願いします。