

様式第1号（第10条関係）

助成金申請書

年 月 日

柳川市長 様

柳川市産婦健康診査事業実施要綱第10条第1項及び柳川市新生児聴覚検査費用助成実施事業実施要綱第10条第1項の規定により、関係書類を添えて、

産婦健康診査  
に係る助成金を申請します。

新生児聴覚検査

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
住所				
連絡先 電話番号				
申請内容	診査種別	受診年月日	上限額	申請額
	産婦健康診査（1回目健診）	年 月 日	5,000円	円
	産婦健康診査（2回目健診）	年 月 日	5,000円	円
	新生児聴覚検査 〔 児の氏名 〕	年 月 日 〔 検査方法 〕 AABR ABR OAE	AABR・ABR 5,000円 OAE 3,000円	円

◎申請上の注意

- この申請書は、柳川市民の方で、補助券を利用できない医療機関（国内のみ）において産婦健康診査・新生児聴覚検査を受診された方が費用に係る助成を受けるための書類です。
- 申請の際は、この申請書に該当する受診票、補助券及び医療機関発行の領収書を添付してください。
- 助成金の申請期限は、検査日から起算して産婦健診は6か月、新生児聴覚検査は7か月です。