

三郷市妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査
助成金交付申請書

申請日 令和〇年 〇月 〇日

三郷市長あて

三郷市妊産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査費用助成要綱第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。なお、私は、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には、市町村が受診した医療機関に問い合わせることに同意します。
この申請に対して決定した金額を下記の口座に振り込んでください。

1. 申請者

フリガナ	ミサト ハナ		
申請者氏名	三郷 花子		
生年月日	〇〇年 〇月 〇日	電話番号	000-0000-0000
現住所	〒341-8501 三郷市花和田 648 番地 1		
旧住所 (転出したかたのみ)	〒		
出産年月日	〇〇年 〇月 〇日	母子健康手帳 No.	30001

2. 振込先

金融機関	三郷 銀行 信用金庫 ()	支店名	三郷 支店 本店
預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	ミサト ハナ		
口座名義人	三郷 花子		

(注) 申請書には、次に掲げる書類を添付してください。

1. 本人確認書類
2. 母子健康手帳
3. 未使用の助成券
4. 受診した医療機関が発行した領収書
5. 診療費明細書等受診した健診項目を確認することができる書類

3. 助成券を使用せずに受診した健診の受診日

妊 婦 健 康 診 査					
1	令和○年	○月	○○日	8	年 月 日
2	令和○年	○月	○○日		
3	令和○年	○月	○○日	1	
4	令和○年	○月	○○日	11	年 月 日
5	年	月	日	12	年 月 日
6	母子健康手帳 18ページの「検査の記録」をご確認いただき、三郷市の助成券を使用しなかった新生児聴覚スクリーニング検査受診日を記載してください。 多胎児で、検査の日付けが異なる場合は2の欄に記載してください。				
7					
新生児聴覚スクリーニング検査					
1	令和○年	○月	○○日	2	年 月 日
産 婦 健 康 診 査					
1	令和○年	○月	○○日		

母子健康手帳8ページの「妊娠中の経過」や、領収書等をご確認いただき、三郷市の助成券を使用しなかった受診日を記載してください。

母子健康手帳 18ページの「検査の記録」をご確認いただき、三郷市の助成券を使用しなかった新生児聴覚スクリーニング検査受診日を記載してください。
多胎児で、検査の日付けが異なる場合は2の欄に記載してください。

領収書等をご確認いただき、三郷市の助成券が使えなかった産婦健康診査受診日を記載してください。

4. 使用しなかった助成券

妊 婦 健 康 診 査 助 成 券						
<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤	<input type="checkbox"/> ⑥	<input type="checkbox"/> ⑦
<input type="checkbox"/> ⑧	<input type="checkbox"/> ⑨	<input type="checkbox"/> ⑩	<input checked="" type="checkbox"/> ⑪	<input checked="" type="checkbox"/> ⑫	<input checked="" type="checkbox"/> ⑬	<input checked="" type="checkbox"/> ⑭
<input type="checkbox"/> HIV抗体検査			<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診			
<input type="checkbox"/> HTLV-1抗体検査			<input type="checkbox"/> 性器クラミジア検査			
新生児聴覚スクリーニング検査助成券						
<input checked="" type="checkbox"/> 新生児聴覚スクリーニング検査	多胎児の場合は、児の数を記入 (人)					
産 婦 健 康 診 査 助 成 券						
<input checked="" type="checkbox"/> 産婦健康診査						

使用せずに残っている三郷市の助成券にチェックを付けてください。