

新発田市妊産婦健康診査・新生児聴覚検査・1か月児健康診査費用 助成金交付申請書

新発田市長 宛て

年 月 日

〒

申請者住所：新発田市

氏 名

電 話

医療機関で受診した、妊婦健康診査にかかる費用、金 円

産婦健康診査にかかる費用、金 円

新生児聴覚検査にかかる費用、金 円

1か月児健康診査にかかる費用、金 円

について、助成を受けたいので申請します。 ※上記に自己負担額を記入してください。

申請項目
申請するものに☑をつけてください

☐ 妊婦健診

回分

☐ 新生児聴覚検査

☐ 産婦健診

回分

☐ 1か月児健康診査

同 意 書

妊産婦健康診査等にかかる費用の助成を受けるにあたり、必要ある時は、住民基本台帳の閲覧、受診医療機関等への支払内訳の確認など、関係部署等に確認することに同意します。

(妊産婦本人)

申請者署名：

振込指定機関

銀行・信金
労金・信組
農協・漁協
ゆうちょ銀行

預 金 種 別

口 座 番 号

普通・当座

本 店
支 店

(ふりがな)
口座名義人

委任(口座名義
が本人以外の
場合記入)

妊産婦健康診査等にかかる費用の払い戻しを受けるにあたり、上記の口座名義人に受領を委任します。

(妊産婦本人)

申請者署名：

注1 太枠欄をご記入ください。

注2 次の書類を添付してください。

・医療機関等が発行する領収書と明細書

・母子健康手帳〔表紙氏名欄及び「妊娠中の経過」「出産後の母体の経過」「検査の記録(新生児聴覚検査)」

「1か月児健康診査」欄〕の写し(申請する各健診、検査の記録のページ)

・未使用の妊産婦健康診査受診票・新生児聴覚検査受診票・1か月児健康診査受診票

注3 確認が必要な場合は電話連絡をしますので、日中連絡のとれる電話番号を記入してください。

裏面へ

	健 診 種 類	金 額		
申 請 額	妊婦健診	円	決 定 額	円
	産婦健診	円		円
	新生児聴覚検査	円		円
	1か月児健康診査	円		円
申請受理日	年 月 日		決 定 日	年 月 日

助成金交付申請に係る受診状況一覧

該当するものについて、母子健康手帳の「妊娠の記録」「出産後の母体の記録」「検査の記録（新生児聴覚検査）」「1 か月児健康診査」欄および、医療機関等発行の「領収書」「明細書」を確認して、ご記入ください。

(市記入欄)

妊婦健診	回数 標準週数	受診週数	受診年月日	受診票 使用状況	実施機関名	自己負担額	対象額	備考
	1 初回		年 月 日	使用・未使用				
	2 12～16		年 月 日	使用・未使用				
	3 16～20		年 月 日	使用・未使用				
	4 20～24		年 月 日	使用・未使用				
	5 24～26		年 月 日	使用・未使用				
	6 26～28		年 月 日	使用・未使用				
	7 28～30		年 月 日	使用・未使用				
	8 30～32		年 月 日	使用・未使用				
	9 32～34		年 月 日	使用・未使用				
	10 34～36		年 月 日	使用・未使用				
	11 36～37		年 月 日	使用・未使用				
	12 37～38		年 月 日	使用・未使用				
	13 38～39		年 月 日	使用・未使用				
	14 39～40		年 月 日	使用・未使用				

(市記入欄)

産婦健診	受診回／検査項目	受診年月日	受診票 使用状況	実施機関名	自己負担額	対象額	備考
	1 回目	年 月 日	使用・未使用				
	2 回目	年 月 日	使用・未使用				

(市記入欄)

1 か月児健康診査	年 月 日	使用・未使用				
-----------	-------	--------	--	--	--	--

(市記入欄)

新生児聴覚検査	☐ A A B R	年 月 日	使用・未使用				
	☐ O A E	年 月 日	使用・未使用				

※領収書のない受診日の支払内訳表

領収書のない場合、医療機関等で記入してもらってください。

(市記入欄)

妊婦健診	受診回／検査項目	受診年月日	健康診査・検査 費用負担額	左記以外の検査等、自由 診療負担額(内訳)	対象額	備考
		年 月 日		円 ()		
		年 月 日		円 ()		
産婦健診	1 回目	年 月 日		円 ()		
	2 回目	年 月 日		円 ()		
1 か月児健康診査		年 月 日		円 ()		
新生児聴覚検査		年 月 日		円 ()		

上記のとおり領収しました。

年 月 日

所在地

名 称

代表者氏名

(印)

※用紙が不足の場合は、コピーをしてご使用ください。