

新発田市妊産婦健康診査・新生児聴覚検査費助成金交付申請書

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

について、助成を受けたいので申請します。

母子健康 手帳番号	申 請	妊婦健診	回分
		産婦健診	回分
		新生児聴覚検査	回分
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
	本 店 支 店	普通・当座 (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 太枠欄は記入しないでください。

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

(領収書がない場合、裏面「領収書のない受診日の支払い内訳表」を医療機関に記入してもらってください)

・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)」欄)の写し

・未使用の妊産婦健康診査受診票・新生児聴覚検査受診票

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

注4 窓口においての場合は、印鑑をご持参ください。

	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
申請受理日	年 月 日	決 定 日	年 月 日	

出産(予定)日

年 月 日

妊産婦健康診査・新生児聴覚検査費の助成金交付申請に係る受診状況一覧

妊産婦健康診査・新生児聴覚検査について、該当する標準週数に合わせて、母子健康手帳の「妊娠の記録」「出産後の母体の経過」「検査の記録(新生児聴覚検査)」欄および、医療機関等発行の「領収書」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)

新 生 児 聴 覚 検 査	<input type="checkbox"/> AABR	年 月 日	使用・未使用				
	<input type="checkbox"/> OAE	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()		
産 婦 健 診		年 月 日		円()		
		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。