記　入　例

東大和市妊婦健康診査費等助成金支給申請書

令和〇年〇月〇日

東大和市長　　殿

下記の理由により、妊婦健康診査費等助成金の支給を受けたいので関係書類を添え申請いたします。
また、検査の内容等について医療機関に照会することに同意します。

記

※太枠のみ御記入ください

申請者氏名	大和　花子	生年月日	昭和・平成　〇年〇月〇日
住所	東大和市中央３－９３０	子の氏名	大和　太郎
電話番号	０４２－５６５－１２３４		
申請理由	1　都外での受診のため 2　その他　（　　）	予定日 出産日	令和〇年〇月〇日 令和〇年〇月〇日

確認等で連絡することがありますので、必ず記入してください。

健康診査回数	受診日	申請額	健康診査回数	受診日	申請額
１回目（妊娠１２週）	R8.6.13	円	1		6,020円
２回目（妊娠１６週）	R8.7.11	円			円
３回目（妊娠２０週）	R8.8.8	円			円
４回目（妊娠２４週）	R8.9.5	6,500円			円
５回目（妊娠２６週）	R8.9.19	6,000円			円
６回目（妊娠２８週）	R8.10.3	5,500円			6,000円
７回目（妊娠３０週）	R8.10.17	6,200円			円
８回目（妊娠３３週）	R8.11.7	5,800円			2,000円
９回目（妊娠３５週）	R8.11.21	6,200円	産婦		5,000円
１０回目（妊娠３６週）	R8.11.28	7,000円	産婦健康診査（２回目）	R9.1.20	5,000円
１１回目（妊娠３７週）	R8.12.5	10,070円	1か月児健康診査	R9.1.23	3,000円
１２回目（妊娠３８週）	R8.12.12	6,700円			
			合　計		円

母子健康手帳の「妊娠中の経過」欄等を参照し１回目の受診から妊娠週数・受診日を記入してください。
申請額欄は、受診票を使用した場合には斜線を引き、使用できなかった場合には妊婦健診等でお支払いされた金額を記入してください。

新生児聴覚検査				
検査日	使用機器			
令和〇年〇月〇日	1.自動ABR 2.OAE	右耳	1.パス	2.リファー
		左耳	1.パス	2.リファー

母子健康手帳の「検査の記録」や受診票を参考に結果に〇をつけてください。

振込口座　※申請者ご本人の口座

金融機関名		本・支店名		金融機関コード	支店コード・店番	口座種別
〇〇〇〇	銀行・信用金庫 信用組合・農協	〇〇	本・支店 本・支所 出張所	１２３４	１２３	1　普通 2．当座

口座番号	振込先口座名義	
１２３４５６７	フリガナ	ヤマト　ハナコ
	口座名義	大和　花子

申請者本人の口座を記入してください

※以下の書類を添えて申請してください。

【妊婦健康診査等】
1.母子健康手帳
　○手帳の交付日が
　○妊婦健康診査の
できる、妊娠経過が記載されているペー
　○出産の状態欄のページの写し
2.未使用の妊婦健康診査受診票
3.対象の妊婦健康診査に要した額が確認できる領収書の写し

【新生児聴覚検査】
1.新生児聴覚検査と記載された領収書の写し
　（新生児聴覚検査と記載がない場合は、明細書の写しもご提出ください。）
2.未使用の「新生児聴覚検査受診票」

【産婦健康診査・1か月児健康診査】
1.母子健康手帳（出産後の母体の経過欄または1か月児健康診査欄）

市処	母子手帳確認	領収書	未使用受診票	産婦健康診査受診票	1か月児健康診査受診票	その他