

妊婦健康診査:第6号様式-2(第15関係)
 新生児聴覚検査:第6号様式-1(第15関係)
 産婦健康診査:第7号様式(第15関係)
 1か月児健康診査:第7号様式(第15関係)

東大和市妊婦健康診査費等助成金支給申請書 令和 年 月 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			生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
住 所	東大和市			子の氏名	
電 話 番 号					
申 請 理 由	1 都外での受診のため			予定日	令和 年 月 日
	2 その他 ()			出産日	令和 年 月 日
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 週)		円	13回目(妊娠 週)		円
2回目(妊娠 週)		円	14回目(妊娠 週)		円
3回目(妊娠 週)		円	超音波検査1回目		円
4回目(妊娠 週)		円	超音波検査2回目		円
5回目(妊娠 週)		円	超音波検査3回目		円
6回目(妊娠 週)		円	超音波検査4回目		円
7回目(妊娠 週)		円	子宮頸がん検査		円
8回目(妊娠 週)		円	新生児聴覚検査		円
9回目(妊娠 週)		円	産婦健康診査(1回目)		円
10回目(妊娠 週)		円	産婦健康診査(2回目)		円
11回目(妊娠 週)		円	1か月児健康診査		円
12回目(妊娠 週)		円			
			合 計		円
新生児聴覚検査					
検査日		使用機器		検査結果	
年 月 日		1.自動ABR		右耳	1.パス 2.リファア
		2.OAE		左耳	1.パス 2.リファア
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
銀行・信用金庫		本・支店 本・支所 出張所			
信用組合・農協					1. 普通 2. 当座
口座番号		振込先口座名義			
		フリガナ			
		口座名義			

※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
 - 手帳の交付日が確認できる表紙の写し
 - 妊婦健康診査の受診(回数)状況が確認できる、妊娠経過が記載されているページの写し
 - 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. 母子健康手帳の写し(出産後の母体の経過欄または1か月児健康診査欄)
 2. 医療機関等の結果記入のある受診票(乙票)
 3. 産婦健康診査・1か月児健康診査受診時の領収書の写しと診療明細書の写し

市処理欄	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