

座間市妊産婦健康診査等助成金交付申請書兼請求書

(宛先) 座間市長

年 月 日

申請者 住所 座間市

氏名

連絡先

座間市妊産婦健康診査等助成金の交付について、次のとおり申請及び請求をします。なお、座間市（以下「市」という。）が公簿等で受給資格を確認すること及び誤りがあった場合には市が補正することに同意し、公簿等で確認できない事項があった場合は、市が求める書類等を提出すること並びに市が医療機関に受診状況及び受検状況を確認することに承諾します。

妊産婦(保護者) フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	出産日 (出産前の場合は出産予定日)	年 月 日
------------------------	---------------------------------	-----------------------	-------

妊産婦住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 座間市
-------	--

フリガナ 対象児(子)氏名	生年月日(子)	年 月 日
------------------	---------	-------

妊婦健康診査	未使用の補助券	母子健康手帳に記載されている「受診日」	認定助成額	申請理由				
	①	年 月 日	<input type="checkbox"/> 22,000円 <input type="checkbox"/> _____円	<input type="checkbox"/> 委託外医療機関の検査(健診)のため <input type="checkbox"/> 補助金額以下の検査(健診)費用のため <input type="checkbox"/> その他()				
	②	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円		未使用の補助券	母子健康手帳に記載されている「受診日」	認定助成額	
	③	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円		⑫	年 月 日	<input type="checkbox"/> 8,000円 <input type="checkbox"/> _____円	
	④	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円		⑬	年 月 日	<input type="checkbox"/> 8,000円 <input type="checkbox"/> _____円	
	⑤	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円		⑭	年 月 日	<input type="checkbox"/> 8,000円 <input type="checkbox"/> _____円	
	⑥	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円		多胎の方のみ	⑮	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円
	⑦	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円			⑯	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円
	⑧	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円			⑰	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円
	⑨	年 月 日	<input type="checkbox"/> 11,000円 <input type="checkbox"/> _____円			⑱	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円
	⑩	年 月 日	<input type="checkbox"/> 11,000円 <input type="checkbox"/> _____円			⑲	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円
⑪	年 月 日	<input type="checkbox"/> 8,000円 <input type="checkbox"/> _____円	助成額計		円			

産婦健康診査	受診した健診	健診日	助成金額	助成額計
	産後2週間健診	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円	円
	産後1か月健診	年 月 日	<input type="checkbox"/> 5,000円 <input type="checkbox"/> _____円	

新生児聴覚検査	検査方法	検査日	助成額
	<input type="checkbox"/> 自動ABR <input type="checkbox"/> OAE	年 月 日	<input type="checkbox"/> 3,000円 <input type="checkbox"/> 1,500円 <input type="checkbox"/> _____円

1か月児健康診査	受診日	助成額
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 4,000円 <input type="checkbox"/> _____円

金融機関名	支店名	貯金種別	普通貯金
	金融機関コード		
	口座番号	口座名義 (カタカナ)	

支給決定日	合計支給金額	円
-------	--------	---

多胎児（双子以上）の場合（2人目以降のお子さまについてご記入ください。）

（2人目）

フリガナ 対象児（子）氏名		生年月日（子）	
□新生児聴覚 検査	検査方法	検査日	助成額
	□自動ABR □OAE	年 月 日	□3,000円 □1,500円 □_____円
□1箇月児 健康診査	受診日		助成額
	年 月 日		□4,000円 □_____円

（3人目）

フリガナ 対象児（子）氏名		生年月日（子）	
□新生児聴覚 検査	検査方法	検査日	助成額
	□自動ABR □OAE	年 月 日	□3,000円 □1,500円 □_____円
□1箇月児 健康診査	受診日		助成額
	年 月 日		□4,000円 □_____円

市確認欄	受付者（ ） 確認者（ ） 申請者の宛名番号（ ）
妊婦健康診査	<input type="checkbox"/> 領収書（保険診療の有無の確認） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（受診日と領収書の日付の確認） <input type="checkbox"/> 通帳等の写し（振込先口座番号の確認） <input type="checkbox"/> 記入済みの妊婦健康診査受診券 <input type="checkbox"/> 申請期限の確認（最終健診日から1年以内）
産婦健康診査	<input type="checkbox"/> 領収書（保険診療の有無の確認） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳（受診日と領収書の日付の確認） <input type="checkbox"/> 通帳等の写し（振込先口座番号の確認） <input type="checkbox"/> 産婦健康診査費用補助券 <input type="checkbox"/> 産後2週間健診アンケート1及び2（産婦記載済） <input type="checkbox"/> 産後1箇月健診アンケート1及び2（産婦記載済） <input type="checkbox"/> 申請期限の確認（最終健診日から1箇月以内）
新生児聴覚検査	<input type="checkbox"/> 領収書（保険診療の有無の確認） <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 通帳等の写し（振込先口座番号の確認） <input type="checkbox"/> 未使用の新生児聴覚検査費用補助券 <input type="checkbox"/> 申請期限の確認（受診日から1年以内）
1箇月児健康診査	<input type="checkbox"/> 領収書（保険診療の有無の確認） <input type="checkbox"/> 通帳等の写し（振込先口座番号の確認） <input type="checkbox"/> 記入された1箇月健康診査受診券（市送付用） <input type="checkbox"/> 申請期限の確認（健診日から1年以内）