

所沢市妊婦健康診査助成金・新生児聴覚検査助成金交付申請書

令和 Y 年 M 月 D 日

(宛先)所沢市

申請者は妊婦（産婦）

郵便番号 359 - 0025

住所(受診日現在の住民登録地)

所沢市 上安松1224-1

氏名 所沢 花子

生年月日 S・H YY 年 M 月 D 日

電話番号 010-1234-5678

複数の医療機関の場合には、
分かるように記載

聴覚検査を受診したので、所沢市妊婦健康診査助成金・新生児聴覚検査助成金の交付を申請します。申請決定に当たり、確認等が必要な場合には市が受診した医療機関等にご同意ください。

| | |
|---------------|------------------------------------|
| 受診医療機関名 | 〇〇〇産婦人科 |
| 受診医療機関住所・電話番号 | 電話番号 0123-45-6789 □□県●●市◇◇1-1-1 |

記入はここまで

| | | | | |
|---|--------------|-------|---------------|------------|
| 各助成券に定める受診又は検査の受診年月日 (該当する項目に日付を記入してください。) | 妊婦HIV抗体検査助成券 | 年 月 日 | 妊婦健康診査助成券⑨ | 年 月 日 |
| | 妊婦健康診査助成券② | 年 月 日 | 妊婦健康診査助成券⑩ | 年 月 日 |
| | 妊婦健康診査助成券③ | 年 月 日 | 妊婦健康診査助成券⑪ | 年 月 日 |
| | 妊婦健康診査助成券④ | 年 月 日 | 妊婦健康診査助成券⑫ | 年 月 日 |
| | 妊婦健康診査助成券⑤ | 年 月 日 | 妊婦健康診査助成券⑬ | 年 月 日 |
| | 妊婦健康診査助成券⑥ | 年 月 日 | 妊婦健康診査助成券⑭ | 年 月 日 |
| | 妊婦健康診査助成券⑦ | 年 月 日 | HTLV-1抗体検査助成券 | 年 月 日 |
| | 妊婦健康診査助成券⑧ | 年 月 日 | 性器クラミジア検査助成券 | 年 月 日 |
| | | | | 新生児聴覚検査助成券 |

(注1) この申請書に次の書類を添付してください。

- ① 助成券
- ② 受診費用を証明する書類(受診医療機関の名称・受診日が明記された領収書)
- ③ 母子健康手帳の写し※母子健康手帳の提示でも可

(注2) 助成金の交付の申請は、出産の日から起算して1年以内に行ってください。