

所沢市妊産婦健康診査助成金・新生児聴覚検査助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)所沢市長 申請者は妊婦（産婦）としてください。

フリガナ	トコロザワ ハナコ	生年月日	1998 年 5 月 1 日
申請者氏名	所沢 花子	電話番号	04-2991-1817
住 所 (受診日現在の住民登録地)	〒 359- 0025 所沢市 上安松1224番地の1		

次のとおり妊婦健康診査、産婦健康診査又は新生児聴覚検査を受診したので、所沢市妊産婦健康診査助成金・新生児聴覚検査助成金交付要綱第5条に基づき必要書類を添え助成金の交付を申請します。

なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり、確認等が必要な場合には市が受診した医療機関等に問い合わせることに同意します。

受診医療機関名	〇〇産婦人科医院			
受診医療機関住所	〇〇県△△市××町1丁目2番地の3			
記入不要 各助成券に定める受診項目に相当する診査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⑩	年 月 日
	子宮頸がん検査助成券	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①	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②	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③	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④	年 月 日	HTLV-1抗体検査助成券	年 月 日
	妊婦健康診査助成券⑤	年 月 日	性器クラミジア検査助成券	年 月 日
	妊婦健康診査助成券⑥	年 月 日	産婦健康診査助成券①	年 月 日
	妊婦健康診査助成券⑦	年 月 日	産婦健康診査助成券②	年 月 日
	妊婦健康診査助成券⑧	年 月 日		
妊婦健康診査助成券⑨	年 月 日	新生児聴覚検査助成券	年 月 日	

記入不要	請求金額 金 円
------	----------

<振込先>

金融機関の名称	〇△□ 銀行・農協信用金庫	◇◇◇ 本店支店・出張所
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号 1234567
フリガナ	トコロザワ ハナコ	
口座名義人	所沢 花子	申請者と口座名義人は同一としてください。 ※旧姓名義の口座は指定できません。

(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)「金融機関の名称」及び「預金の種類」は、該当する箇所を○で囲んでください。

(注3)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。