

様式第1号(第5条関係)

幸手市妊産婦健康診査助成金・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付申請書

年 月 日

(あて先)幸手市長

幸手市妊産婦健康診査助成金・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、私は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に問い合わせることに同意します。

1 申請者

フリガナ		生年月日
申請者氏名 (妊産婦本人等)		年 月 日
現住所	〒 幸手市	
電話番号		
フリガナ		生年月日
新生児氏名		年 月 日
申請区分	<input type="checkbox"/> 妊婦健康診査 <input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚スクリーニング検査	
受診した 医療機関等	名称	電話番号
	住所 〒	

2 振込先 申請名義人(妊産婦本人等)の金融機関を指定して下さい。

金融機関名	銀行 信用金庫 組 合	店名	本店 支店 出張所
口座番号		預金の種別	1 普通    2 当座
口座名義人	フリガナ		

※ 添付資料

- 妊婦健康診査及び新生児聴覚検査は、受診した結果等必要事項が記載された助成券又は受診結果が記載された母子健康手帳の写し
- 産婦健康診査は、受診した結果等必要事項が記載された書類(助成券等)
- 受診した機関が発行した領収書又は当該領収書の写し(その他受診に際し、負担した費用の額を確認することができる書類)
- 助成の対象項目に該当する助成券

裏面の受診年月日及び申請額も御記入下さい。

(裏)

太枠内を御記入ください。

受診 目安	添付助成券		受診年月日	幸手市使用欄		
				助成券 確認	領収書 確認	助成決定額(円)
妊娠初期	HIV 抗体検査		年 月 日			
	子宮頸がん検査		年 月 日			
	1回	妊婦健康診査	年 月 日			
	2回	妊婦健康診査	年 月 日			
妊娠中期	3回	妊婦健康診査	年 月 日			
	4回	妊婦健康診査	年 月 日			
	5回	妊婦健康診査	年 月 日			
	6回	妊婦健康診査	年 月 日			
妊娠後期	7回	妊婦健康診査	年 月 日			
	8回	妊婦健康診査	年 月 日			
	9回	妊婦健康診査	年 月 日			
	10回	妊婦健康診査	年 月 日			
	11回	妊婦健康診査	年 月 日			
	12回	妊婦健康診査	年 月 日			
	13回	妊婦健康診査	年 月 日			
	14回	妊婦健康診査	年 月 日			
	HTLV-1 抗体検査		年 月 日			
	性器クラミジア検査		年 月 日			
	1回	産婦健康診査	年 月 日			
	2回	産婦健康診査	年 月 日			
	新生児聴覚スクリーニング検査		年 月 日			
合 計						