

八潮市妊産婦健康診査等助成金交付申請書

見本

年 月 日

日付は未記入でお願いします。

(宛先) 八潮市長

郵便番号 340-8588

申請者 住 所 八潮市中央1-2-1

申請者は原則、母です。

氏 名 八潮 花子

電話番号 996-2111

日中、連絡が取れる番号を記入してください。

八潮市妊産婦健康診査等助成金交付要綱第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にあたり、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。

母子健康手帳交付日	令和 ○年○月○日	母子健康手帳番号	○○○○○ 番
受診医療機関	名 称	ハッピー産婦人科	
	住 所	八潮市中央1-2-1	
	電話番号	996-2111	
出産日	令和 ○年○月○日	ふりがな	やしお たろう
		乳児氏名	八潮 太郎

妊娠中の場合は、記載不要です。

ここから下の記載は不要です。

受診項目	受診日	支払額	委託料相当額	備考
① 助成券	年 月 日		円	
② 助成券	年 月 日		円	
③ 助成券	年 月 日		円	
④ 助成券	年 月 日		円	
⑤ 助成券	年 月 日		円	
⑥ 助成券	年 月 日		円	
⑦ 助成券	年 月 日		円	
⑧ 助成券	年 月 日		円	
⑨ 助成券	年 月 日		円	
⑩ 助成券	年 月 日		円	
⑪ 助成券	年 月 日		円	
⑫ 助成券	年 月 日		円	
⑬ 助成券	年 月 日		円	
⑭ 助成券	年 月 日		円	
子宮頸がん検診	年 月 日		円	
HIV抗体検査	年 月 日		円	
HTLV-1抗体検査	年 月 日		円	
性器クラミジア検査	年 月 日		円	
① 産婦健診	年 月 日		円	
② 産婦健診	年 月 日		円	
1か月児健診	年 月 日		円	
新生児聴覚スクリーニング検査(自動ABR)	年 月 日		円	
新生児聴覚スクリーニング検査(OAE)	年 月 日		円	

添付書類(1) 医療機関等で受診した際の受診日、診察結果及び検査結果が記載された助成券又は健康診査票
 (当該助成券等に検査結果等の記載がない場合は、当該検査結果等が確認できる書類)

(2) 受診した医療機関が発行した領収書の写しその他の健康診査等の受診の際に負担した費用の額を確認することができる書類

提示書類(1) 母子健康手帳