

第1号様式（第5条関係）

草加市妊婦健康診査・産婦健康診査・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

草加市長

宛て

草加市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要綱の規定が適用されることに同意し、同要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、審査に際して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。

（※太線の中をご記入ください。）

申請者氏名	ふりがな		新生児氏名	ふりがな	
	印				
住所	〒			電話番号	
母子健康手帳	交付日	年 月 日		出産日 (予定)	年 月 日
受診した医療機関等	名称				電話番号
	住所	〒			

回数	添付助成券 (県妊婦健康診査要領第7項、県産婦健康診査要領第7項及び県新生児聴覚検査要領第7項で定めるもの)	受診日	支払額	基準額
1	妊婦健康診査助成券①	年 月 日	円	14,070円
2	妊婦健康診査助成券②	年 月 日	円	5,010円
3	妊婦健康診査助成券③	年 月 日	円	8,010円
4	妊婦健康診査助成券④	年 月 日	円	5,010円
5	妊婦健康診査助成券⑤	年 月 日	円	5,010円
6	妊婦健康診査助成券⑥	年 月 日	円	8,110円
7	妊婦健康診査助成券⑦	年 月 日	円	5,010円
8	妊婦健康診査助成券⑧	年 月 日	円	5,010円
9	妊婦健康診査助成券⑨	年 月 日	円	5,010円
10	妊婦健康診査助成券⑩	年 月 日	円	8,010円
11	妊婦健康診査助成券⑪	年 月 日	円	5,710円
12	妊婦健康診査助成券⑫	年 月 日	円	8,110円
13	妊婦健康診査助成券⑬	年 月 日	円	5,010円
14	妊婦健康診査助成券⑭	年 月 日	円	5,010円
	妊婦健康診査H I V抗体検査助成券	年 月 日	円	2,290円
	妊婦健康診査子宮頸がん検診助成券	年 月 日	円	3,500円
	妊婦健康診査H T L V - 1抗体検査助成券	年 月 日	円	2,300円
	妊婦健康診査性器クラミジア検査助成券	年 月 日	円	2,000円
	産婦健康診査助成券①	年 月 日	円	5,000円
	産婦健康診査助成券②	年 月 日	円	5,000円
	新生児聴覚検査助成券（自動A B R検査）	年 月 日	円	5,000円
	新生児聴覚検査助成券（O A E検査）	年 月 日	円	3,000円

注1 助成金の交付の申請は、**出産日から起算して6か月以内**に行ってください。なお、新生児聴覚スクリーニング検査については、医師の判断等により受診が生後1か月を過ぎた場合、受診の遅れた理由のわかる書類を提出することで、受診日から起算して6か月以内まで申請期限を延長することができます。

注2 申請者が自署した場合は押印を省略することができます。