

【見 本】

第1号様式（第5条関係）

草加市妊婦健康診査・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

草加市妊婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査申請します。

なお、審査に際して確認等が必要な場合には、市役所（〒340-0015 草加市高砂〇-〇-〇）に電話（〇〇-〇〇-〇〇〇）等で伺い合わせることに向息します。
（※太線の中をご記入ください。）

・印は朱肉を使用して押印してください。
・申請者が自署の場合は、押印を省略することができます。
・電話番号は、連絡がとれる番号をご記入ください。

申請者氏名	ふりがな 草 加 花 子	はな こ	印	新生児氏名	ふりがな 草 加 太 郎	た ろ う
住所	〒340-0015 草加市 高砂〇-〇-〇			電話番号	×××-×××-××××	
母子健康手帳	交付日	□□年 □月□□日		出産日(予定)	〇〇年 5月 5日	
受診した医療機関等	名称	〇〇〇〇病院			電話番号	×××-×××-××××
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇〇〇県△△△市×××町.....				

【妊婦健康診査助成券の11～14が残っていて助成金を申請する場合】
【新生児聴覚検査助成券が残っていて助成金を申請する場合】

《受診歴》 〇〇年4月12日受診 保険外請求：6,000円（基本的妊婦健康診査）
〇〇年4月19日受診 保険外請求：9,000円（基本的妊婦健康診査）
〇〇年4月26日受診 保険外請求：6,000円（基本的妊婦健康診査）
〇〇年5月 2日受診 保険外請求：5,500円（基本的妊婦健康診査）
〇〇年5月10日受診 保険外請求：5,500円（基本的新生児聴覚検査）

※ 助成額は要綱に基づく金額（基準額）と支払額のいずれか少ない方の額になります。

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	〇〇年 4月12日	6,000円	5,710円
12	妊婦健康診査助成券⑫	〇〇年 4月19日	9,000円	8,110円
13	妊婦健康診査助成券⑬	〇〇年 4月26日	6,000円	5,010円
14	妊婦健康診査助成券⑭	〇〇年 5月 2日	5,500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
	新生児聴覚検査助成券（自動A B R検査）	〇〇年 5月10日	5,500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。