

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	
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	8,810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	3,040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 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。

申請書A

【見本】

令和8年3月31日までに受診した分は、こちらの申請書を使用してください

第1号様式（第5条関係）

- ・令和8年3月から4月以降にかけ年度を越して助成券を利用している方は、申請書2種類（申請書令和7年度・令和8年度）が必要になります。
- ・電話番号は、連絡が取れる番号をご記入ください。

查助成金交付申請書

20**年**月**日

交付要綱の規定が適用される

なお、審査に際して確認等が必要な場合には、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 そうか はなこ 草加花子	新生児氏名	ふりがな そうか たろう 草加太郎	
住所	〒340-xxxx 草加市○○○ x-x-x		電話番号	080-****-****
母子健康手帳	交付日	20**年**月**日	出産日 (予定)	20**年**月**日
受診した医療機関等	名称	○○xxクリニック	電話番号	***-****-****
	住所	〒●●●-xxxx 東京都○○区○○○x-x-x		

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	8,810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	3,040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 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。

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	
住所	〒			電話番号	
母子健康手帳	交付日	年 月 日		出産日 (予定)	
受診した医療機関等	名称				電話番号
	住所	〒			

回数	添付助成券 (県要領第7項で定めるもの)	受診日	支払額
1	妊婦健康診査①	年 月 日	円
2	妊婦健康診査②	年 月 日	円
3	妊婦健康診査③	年 月 日	円
4	妊婦健康診査④	年 月 日	円
5	妊婦健康診査⑤	年 月 日	円
6	妊婦健康診査⑥	年 月 日	円
7	妊婦健康診査⑦	年 月 日	円
8	妊婦健康診査⑧	年 月 日	円
9	妊婦健康診査⑨	年 月 日	円
10	妊婦健康診査⑩	年 月 日	円
11	妊婦健康診査⑪	年 月 日	円
12	妊婦健康診査⑫	年 月 日	円
13	妊婦健康診査⑬	年 月 日	円
14	妊婦健康診査⑭	年 月 日	円
	妊婦健康診査H I V抗体検査	年 月 日	円
	妊婦健康診査子宮頸がん検診	年 月 日	円
	妊婦健康診査H T L V - 1 抗体検査	年 月 日	円
	妊婦健康診査性器クラミジア検査	年 月 日	円
	産婦健康診査①	年 月 日	円
	産婦健康診査②	年 月 日	円
	新生児聴覚検査（自動A B R検査）	年 月 日	円
	新生児聴覚検査（O A E検査）	年 月 日	円

注 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。

【見本】

申請書B

令和8年3月31日までに受診した分は、こちらの申請書を使用してください

第1号様式（第5条関係）

- 令和8年3月から4月以降にかけ年度を越して助成券を利用している方は、申請書2種類（申請書令和7年度・令和8年度）が必要になります。
- 電話番号は、連絡が取れる番号をご記入ください。

検査助成金交付申請書

20**年**月**日

交付要綱の規定が適用されることに

なお、審査に際して確認等が必要な場合には、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 そうか はなこ 草加 花子	新生児氏名	ふりがな そうか たろう 草加 太郎		
住所	〒340-xxxx 草加市○○○ x-x-x		電話番号	080-****-****	
母子健康手帳	交付日	20**年**月**日	出産日(予定)	20**年**月**日	
受診した医療機関等	名称	○○xxクリニック		電話番号	***-****-****
	住所	〒●●●-xxxx 東京都○○区○○○ x-x-x			

回数	添付助成券 (県要領第7項で定めるもの)	受診日	支払額
1	妊婦健康診査①	年 月 日	円
2	妊婦健康診査②	年 月 日	円
3	妊婦健康診査③	年 月 日	円
4	妊婦健康診査④	年 月 日	円
5	妊婦健康診査⑤	年 月 日	円
6	妊婦健康診査⑥	年 月 日	円
7	妊婦健康診査⑦	年 月 日	円
8	妊婦健康診査⑧	年 月 日	円
9	妊婦健康診査⑨	年 月 日	円
10	妊婦健康診査⑩	年 月 日	円
11	妊婦健康診査⑪	年 月 日	円
12	妊婦健康診査⑫	年 月 日	円
13	妊婦健康診査⑬	年 月 日	円
14	妊婦健康診査⑭	年 月 日	円
	妊婦健康診査H I V抗体検査	年 月 日	円
	妊婦健康診査子宮頸がん検診	年 月 日	円
	妊婦健康診査HTLV-1抗体検査	年 月 日	円
	妊婦健康診査性器クラミジア検査	年 月 日	円
	産婦健康診査①	年 月 日	円
	産婦健康診査②	年 月 日	円
	新生児聴覚検査(自動ABR検査)	年 月 日	円
	新生児聴覚検査(OAE検査)	年 月 日	円

注 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。