

申請書A：令和7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

【見本】

第1号様式（第

草加市妊婦健康診査

草加市長

草加市妊婦健康診査

ことに同意し、

なお、審査に際して確認等が必要

が受診した医療機関等にお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。）

- ・令和7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6年度・令和7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。

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	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。

第1号様式（第5条関係）

申請書A（令和7年3月31日までに受診した分）

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	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。

申請書B：令和7年4月1日以降に受診した分は、こちらの申請書を使用してください

【見本】

第1号様式（第2各関係）

草加市婦
草加市長
草加市妊婦健
ことに同意し、
なお、審査に
(※太線の中をご記入ください。)

・令和7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6年度・令和7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。

受診した医療機関等
に同意し、
受診した医療機関等
に同意し、

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	8,010 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	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）	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	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。