

## 申請書 A（令和 8 年 3 月 3 1 日までに受診した分）

## 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          |       |
| 住 所           | 〒    |       |       | 電話番号          |       |
| 母子健康手帳        | 交付日  | 年 月 日 |       | 出 産 日<br>(予定) | 年 月 日 |
| 受診した<br>医療機関等 | 名 称  |       |       | 電話番号          |       |
|               | 住 所  | 〒     |       |               |       |

| 回数                     | 添付助成券<br>(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 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。

## 【見本】

## 申請書A

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。

査助成金交付申請書

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。)

|               |                                  |                                    |                                   |
|---------------|----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| 申請者氏名         | ふりがな <b>そうか はなこ</b>              | 新生児氏名                              | ふりがな <b>そうか たろう</b>               |
|               | <b>草加 花子</b>                     |                                    | <b>草加 太郎</b>                      |
| 住所            | 〒340-XXXX<br><b>草加市〇〇〇 X-X-X</b> |                                    | 電話番号<br><b>080-****-****</b>      |
| 母子健康手帳        | 交付日                              | <b>20**年**月**日</b>                 | 出産日<br>(予定)<br><b>20**年**月**日</b> |
| 受診した<br>医療機関等 | 名称                               | <b>〇〇XXクリニック</b>                   | 電話番号<br><b>***-***-***</b>        |
|               | 住所                               | 〒●●●-XXXX<br><b>東京都〇〇区〇〇〇X-X-X</b> |                                   |

| 回数 | 添付助成券<br>(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。

## 第 1 号様式（第 5 条関係）

## 申請書 B（令和 8 年 4 月 1 日以降に受診した分）

## 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<br>(予定) | 年 月 日 |
| 受診した<br>医療機関等 | 名 称                                                             |                            |       | 電話番号          |       |
|               | 住 所                                                             | 〒                          |       |               |       |
| 回数            | 添付助成券<br>(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   |
| 1             | 妊婦健康診査助成券①                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 2             | 妊婦健康診査助成券②                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 3             | 妊婦健康診査助成券③                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 4             | 妊婦健康診査助成券④                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 5             | 妊婦健康診査助成券⑤                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 6             | 妊婦健康診査助成券⑥                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 7             | 妊婦健康診査助成券⑦                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 8             | 妊婦健康診査助成券⑧                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 9             | 妊婦健康診査助成券⑨                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 1 0           | 妊婦健康診査助成券⑩                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 1 1           | 妊婦健康診査助成券⑪                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 1 2           | 妊婦健康診査助成券⑫                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 1 3           | 妊婦健康診査助成券⑬                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
| 1 4           | 妊婦健康診査助成券⑭                                                      |                            | 年 月 日 |               | 円     |
|               |                                                                 | 妊婦健康診査 H I V 抗体検査助成券       | 年 月 日 |               | 円     |
|               |                                                                 | 妊婦健康診査子宮頸がん検診助成券           | 年 月 日 |               | 円     |
|               |                                                                 | 妊婦健康診査 H T L V - 1 抗体検査助成券 | 年 月 日 |               | 円     |
|               |                                                                 | 妊婦健康診査性器クラミジア検査助成券         | 年 月 日 |               | 円     |
|               |                                                                 | 産婦健康診査助成券①                 | 年 月 日 |               | 円     |
|               |                                                                 | 産婦健康診査助成券②                 | 年 月 日 |               | 円     |
|               |                                                                 | 新生児聴覚検査助成券（自動 A B R 検査）    | 年 月 日 |               | 円     |
|               |                                                                 | 新生児聴覚検査助成券（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

## 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。

（※太線の中をご記入ください。）

助成金交付申請書

年 月 日

金交付要綱の規定が  
適用されます。

問い合わせること

|                           |                                                           |       |  |       |         |       |  |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|--|-------|---------|-------|--|
| 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<br>(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   |  |
| 1                         | 妊婦健康診査助成券①                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 2                         | 妊婦健康診査助成券②                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 3                         | 妊婦健康診査助成券③                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 4                         | 妊婦健康診査助成券④                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 5                         | 妊婦健康診査助成券⑤                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 6                         | 妊婦健康診査助成券⑥                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 7                         | 妊婦健康診査助成券⑦                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 8                         | 妊婦健康診査助成券⑧                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 9                         | 妊婦健康診査助成券⑨                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 10                        | 妊婦健康診査助成券⑩                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 11                        | 妊婦健康診査助成券⑪                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 12                        | 妊婦健康診査助成券⑫                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 13                        | 妊婦健康診査助成券⑬                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 14                        | 妊婦健康診査助成券⑭                                                |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 妊婦健康診査H I V抗体検査助成券        |                                                           |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 妊婦健康診査子宮頸がん検診助成券          |                                                           |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 妊婦健康診査H T L V - 1 抗体検査助成券 |                                                           |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 妊婦健康診査性器クラミジア検査助成券        |                                                           |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 産婦健康診査助成券①                |                                                           |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 産婦健康診査助成券②                |                                                           |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 新生児聴覚検査助成券（自動A B R検査）     |                                                           |       |  | 年 月 日 |         | 円     |  |
| 新生児聴覚検査助成券（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