

様式第 1 号

狭山市妊婦健康診査・産婦健康診査・新生児聴覚スクリーニング検査  
助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 狭山市長

フリガナ  
申請者  
住 所

(産婦との関係: )

狭山市妊婦健康診査助成金交付要綱・狭山市産婦健康診査助成金交付要綱・狭山市新生児聴覚スクリーニング検査助成金交付要綱の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、この申請に基づく助成金の交付決定に当たり確認等が必要な場合には、市が受診(検)した医療機関等に問い合わせることに同意します。

妊 産 婦 (母)	氏 名			
	生年月日	年 月 日生		
	住 所	電話番号		
	出 産 日	年 月 日 (多胎児の場合: 人出産)		
	住 民 日	年 月 日 ~ 年 月 日 (※職員記入)		
申 請 種 類		病院名 (区市町村)	申請額 (※職員記入)	備考
<input type="checkbox"/>	妊 婦 健 康 診 査	( 県 市)	円	
<input type="checkbox"/>	産 婦 健 康 診 査	( 県 市)	円	助成上限: 5,000 円
<input type="checkbox"/>	新生児聴覚スクリーニング検査	( 県 市)	円	助成上限: 3,000 円 (児 1 人につき)
請求額 合計			円	

<振込先>

金融機関名	銀 行・信用金庫・農 協	本店・支店	
預金の種類	1 普通 2 当座	口座番号	No.
フリガナ			
口座名義人			

- 添付書類: ①受診(検)を確認することのできる書類(結果票または母子健康手帳の写し)  
②受診(検)の支払いがわかる医療機関等の名称及び受診(検)日が記された領収書の原本  
③振込先の名称・口座名義人・口座番号のわかるもの(通帳またはカードの写し)  
④未使用の助成券(産婦健診はEPDSの結果と医療機関名を記載)

職員 使用 欄	妊 婦 健 康 診 査	<input type="checkbox"/> 領収書/明細書( / )枚預かり・ <input type="checkbox"/> 母子手帳写し・ <input type="checkbox"/> 通帳やカードの写し・ <input type="checkbox"/> 助成券
	産 婦 健 康 診 査	<input type="checkbox"/> 領収書/明細書・ <input type="checkbox"/> 母子手帳写し・ <input type="checkbox"/> 通帳やカードの写し・ <input type="checkbox"/> 助成券・EPDS 有(補助金口)
	新生児聴覚スク検査	<input type="checkbox"/> 領収書/明細書預かり・ <input type="checkbox"/> 母子手帳写し・ <input type="checkbox"/> 通帳やカードの写し・ <input type="checkbox"/> 助成券