

妊婦健康診査等助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

加須市長 様

申請者 氏名 _____[㊞]
 住所 _____
 電話番号 _____

助成金の交付を受けたいので、加須市妊婦健康診査等助成金交付要綱第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

また、交付決定後、助成金を次の口座に振り込むよう請求します。

なお、この申請に基づく助成金の支給決定にあたり、受診内容等の確認が必要な場合には、市が医療機関等へ問合わせることに同意します。

1 申請内容

1	妊婦健康診査	円
2	多胎妊婦健康診査	円
3	産婦健康診査	円
4	新生児聴覚検査	円

2 振込先

金融機関名	銀行・農協 信用金庫		本店・支店
金融機関コード		支店コード	
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
(フリガナ)			
口座名義			

3 添付書類

- 健康診査等の未使用の助成券
- 振込先口座を確認できる書類の写し
- 健康診査等に係る領収書及び明細書
- 健康診査等の支払を証明する書類（前号の書類を提出することができない場合に限る。）
- 母子手帳（健康診査等の受診日及び結果並びに妊娠中の経過または検査結果が分かるもの）の写し

【加須市使用欄（記入しないでください）】

妊婦健康診査

助成券	助成額（上限額）	領収書確認	交付決定額
HIV 抗体検査助成券	2, 290円		円
子宮頸がん検診助成券	3, 500円		円
妊婦健康診査助成券①	14, 120円		円
妊婦健康診査助成券②	5, 060円		円
妊婦健康診査助成券③	8, 060円		円
妊婦健康診査助成券④	5, 060円		円
妊婦健康診査助成券⑤	5, 060円		円
妊婦健康診査助成券⑥	8, 160円		円
妊婦健康診査助成券⑦	5, 060円		円
妊婦健康診査助成券⑧	5, 060円		円
妊婦健康診査助成券⑨	5, 060円		円
妊婦健康診査助成券⑩	8, 860円		円
妊婦健康診査助成券⑪	6, 460円		円
妊婦健康診査助成券⑫	8, 160円		円
妊婦健康診査助成券⑬	5, 060円		円
妊婦健康診査助成券⑭	5, 060円		円
HTLV-1 抗体検査	3, 040円		円
性器クラジミア検査	2, 000円		円

多胎妊婦健康診査

助成額（上限額）	健診回数	領収書確認	交付決定額
1回につき5, 000円	回		円

産婦健康診査

実施時期（目安）	助成券	助成額（上限額）	基本的な産婦健康診査	こころの健康チェック	領収書確認	交付決定額
出産後2週間頃	産婦健康診査助成券①	5, 000円				円
出産後1箇月頃	産婦健康診査助成券②	5, 000円				円

新生児聴覚検査

実施時期(目安)	助成券	助成額(上限額)	領収書確認	交付決定額
生後1箇月までに実施	新生児聴覚スクリーニング検査助成券	自動 ABR・ABR 5,000円		円
		OAE 3,000円		円