

様式第1号

高崎市妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費・産婦健康診査費・1か月児健康診査費助成申請書

(あて先) 高崎市長

年 月 日

妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費・産婦健康診査費・1か月児健康診査費の助成を受けたいので、必要書類を添えて、次のとおり申請します。なお、本申請に基づく助成金の支給決定にあたり、確認等が必要な場合には、市が受診医療機関等(助産所を含む)に受診状況の確認を行うことに同意します。

1. 申請者

※妊婦・産婦健診を受診した本人(新生児聴覚検査・1か月児健診を受けた児の母親)

フリガナ氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
現住所	〒		
受診日における住所	※現住所と異なる場合のみご記入ください。 高崎市		
出産日(分娩予定日)	年 月 日	連絡先	— —
妊婦・産婦健診 新生児聴覚検査 受診医療機関	(名称)		
	(所在地) (電話番号 — —)		
帰省先	(住所)		
	(様方) (電話番号 — —)		

2. 振込先

金融機関名	支店名	店番号			
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号			
フリガナ 口座名義人	続 柄	本人 ・ 本人(旧姓) ・ 夫 ・ その他()			
口座名義人住所 (※本人以外の場合のみ記入)					
※申請者と口座名義が異なる場合、下記の□に✔点を入れてください。 □妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費・産婦健康診査費・1か月児健康診査費に係る助成金受領の権限を、口座名義人に委任します。					

3. 添付書類

- ☐ 妊婦健康診査受診票 (医療機関名、受診日、検査結果の記入がある原本)
- ☐ 新生児聴覚検査受診票 (医療機関名、受診日、検査結果の記入がある原本)
- ☐ 産婦健康診査受診票 (医療機関名、受診日、検査結果の記入がある原本)
- ☐ 1か月児健康診査受診票 (医療機関名、受診日、検査結果の記入がある原本)
- ☐ 医療機関等発行の領収書のコピー (妊婦健診・産婦健診・1か月児健康診査の受診日のもの、新生児聴覚検査費については退院時の領収書と聴覚検査費用がわかる明細書のコピー)
- ☐ 振込先通帳の口座情報部分のコピー
- ☐ 母子健康手帳のコピー (妊婦健康診査の受診結果・新生児聴覚検査の結果・産婦健康診査の受診結果・1か月児健康診査の結果が記載してあるページ)

【市処理欄】 記入しないでください

項目	第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	第6回	第7回	第8回	第9回	第10回	第11回	第12回	第13回	第14回	聴覚	産婦		1か月
健診日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
領収額																		
上限額	20,740	4,780	6,330	3,980	3,980	7,980	4,980	8,030	8,170	4,980	4,980	10,030	4,980	4,980	3,000	5,000	5,000	6,000
助成額																		
妊健：									聴覚：			産婦：			1か月：			計：

収受	.	.	.	第	—	号	発行番号	
----	---	---	---	---	---	---	------	--