

記入例

佐伯市長 様

申請者	請求者	住所	〒876-8585 (電話番号 0972-00-0000) 佐伯市中村南町1-1		
	フリガナ	氏名	サイキ ハナコ	佐伯花子 ※妊婦さんの名前 (印)	
	氏名	佐伯花子			
助成対象者	フリガナ	氏名	サイキ ハナコ	佐伯花子	
振込先	金融機関名	支店名	〇〇銀行	〇〇支店	
	口座番号	種別	1234567	普通・当座・()	
	フリガナ	名義人	サイキ ハナコ	佐伯花子	
	フリガナ	名義人	サイキ ハナコ	佐伯花子	

受診機関証明欄		年 月 日 ⇒受診日	
診目 (実 類 印 て い。 医療機関が記入)	種別	<input type="checkbox"/> No.1~No.7 <input type="checkbox"/> No.9~No.14	1 問診及び診察 2 血圧・体重測定 3 尿化学検査(蛋白・糖)
	種別	<input type="checkbox"/> No.8	1 問診及び診察 2 血圧・体重測定 3 血色素検査 4 尿化学検査(蛋白・糖)
	種別	<input type="checkbox"/> A	1 血液型(AOB血液型、Rh血液型、不規則抗体) 2 血色素検査 3 血糖検査 4 HBs抗原検査 5 C型肝炎抗体検査 6 HIV抗体検査 7 HTLV-1抗体検査 8 梅毒血清反応検査 9 風疹ウイルス抗体検査 10 クラミジア抗原検査
	種別	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	子宮頸がん検診 B群溶血性レンサ球菌検査
	種別	<input type="checkbox"/> 妊婦超音波検査	注意：この「妊婦超音波検査」は、 出産予定日に35歳以上の人が対象 です。チケットを持っている人のみ ✓してください。 通常の超音波検査ではありません。
健康診査	乳児一般	<input type="checkbox"/> 6~8か月 <input type="checkbox"/> 9~11か月 <input type="checkbox"/> 聴覚スクリーニング検査(自動 ABR・OAE)	問診及び診察
費用	費用	12,345 円	
※レ印を付した診査項目に要した費用のみ記入してください。			
〇〇年 〇〇月 〇〇日			
受診機関名・所在地		〇〇県〇〇市〇〇区〇〇番地	
代表者氏名		〇〇産婦人科医院 院長 〇〇 (印)	

(注意事項)

- この申請書兼請求書は、1回の健康診査ごとに作成してください。
- 振込先口座の名義人が助成対象者と異なる場合は、助成対象者からの委任状が必要となります。

委 任 状

佐伯市長 様

申請日 → 年 月 日

受取人（振込口座名義人）

住 所 佐伯市中村南町1-1

氏 名 佐伯 太郎

上記の者を助成金の受取人と定め、私の妊婦一般健康診査費助成金の受領の
権限を委任します。

委任者（申請者自らが自署してください）

住 所 佐伯市中村南町1-1

氏 名 佐伯 花子



生年月日 S 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

妊婦健診の申請者は、妊婦さんです。
妊婦さん以外の口座へ入金する場合は、委任状が必要です。
申 請 者：佐伯花子（妊婦本人）
口座名義人：佐伯太郎（妊婦の夫）



乳児健診の申請者は両親どちらかです。
申請者と口座名義人が違う場合は、委任状が必要です。
申 請 者：佐伯花子
口座名義人：佐伯太郎

妊婦健康診査及び乳児健康診査費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

佐伯市長 様

申請・請求者	住 所	〒 (電話番号)
	フリガナ	
	氏 名	印

委託外医療機関等における受診に要した費用の助成を受けたいので、佐伯市妊婦健康診査及び乳児健康診査費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請及び請求します。

助成対象者	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日			
	住 所			
	母子手帳番号			
振込先	金融機関名		支店名	支店
	口座番号		種 別	普通・当座・()
	フリガナ			
	名 義 人			

受診機関証明欄

受診日	年 月 日		
診査項目 (実施した種類の□にレ印を記入してください。)	妊婦一般健康診査	<input type="checkbox"/> No.1~No.7 No.9~No.14	1 問診及び診察 2 血圧・体重測定 3 尿化学検査(蛋白・糖)
		<input type="checkbox"/> No.8	1 問診及び診察 2 血圧・体重測定 3 血色素検査 4 尿化学検査(蛋白・糖)
		<input type="checkbox"/> A	1 血液型(AOB血液型、Rh血液型、不規則抗体) 2 血色素検査 3 血糖検査 4 HBs抗原検査 5 C型肝炎抗体検査 6 HIV抗体検査 7 HTLV-1抗体検査 8 梅毒血清反応検査 9 風疹ウイルス抗体検査 10 クラミジア抗原検査
		<input type="checkbox"/> B	子宮頸がん検診
		<input type="checkbox"/> C	B郡溶血性レンサ球菌検査
	<input type="checkbox"/> 妊婦超音波検査		
健康乳児一般診査	<input type="checkbox"/> 6~8か月 <input type="checkbox"/> 9~11か月 <input type="checkbox"/> 聴覚スクリーニング検査(自動 ABR・OAE)	問診及び診察	
診査費用 (受診者負担額)	円 ※レ印を付した診査項目に要した費用のみ記入してください。		
上記のことについて証明します。 年 月 日			
			受診機関名・所在地 代表者氏名 印

(注意事項)

- この申請書兼請求書は、1回の健康診査ごとに作成してください。
- 振込先口座の名義人が助成対象者と異なる場合は、助成対象者からの委任状が必要となります。

委 任 状

佐伯市長 様

年 月 日

受取人（振込口座名義人）

住 所 _____

氏 名 _____

上記の者を助成金の受取人と定め、私の妊婦一般健康診査費助成金の受領の
権限を委任します。

委任者（申請者自らが自署してください）

住 所 _____

氏 名 _____ 印

生年月日 年 月 日