

佐伯市長 様

申請・請求者	住 所	〒 (電話番号)
	フリガナ	
	氏 名	㊞

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、佐伯市妊産婦・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	☐ No. 1 からNo. 7 まで、No. 9、No. 10 及びNo. 12 からNo. 14 まで	1 問診、診察及び超音波検査 2 尿検査 3 血圧測定 4 体重測定	
		☐ No. 8	1 問診、診察及び超音波検査 2 血色素検査 3 血糖検査 4 尿検査 5 血圧測定 6 体重測定	
		☐ No. 11	1 問診、診察及び超音波検査 2 血色素検査 3 尿検査 4 血圧測定 5 体重測定	
		☐ 多胎妊娠追加分	1 問診及、診察及び超音波検査 2 尿検査 3 血圧測定 4 体重測定	
		☐ A	1 血液型 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	
		☐ B	子宮頸がん検診	
		☐ C	B群溶血性レンサ球菌検査	
	☐ 妊婦超音波検査			
	産婦健康診査 ☐ 産後2週間 ☐ 産後1か月		1 問診及び診察 2 尿検査 3 血圧測定 4 体重測定 5 精神状態のアセスメント	
	乳児一般健康診査 ☐ 1 か月 ☐ 6 ～ 8 か月 ☐ 9 ～ 11 か月		問診及び診察	
	☐ 新生児聴覚スクリーニング検査		☐ 自動ABR ☐ OAE	
	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 ㊞				

(注意事項)

- 1 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。
2 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。