

記入例

妊産婦・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

申請者	住所	〒876-8585 佐伯市中村南町1-1 (電話番号 080-1234-5678)	
	フリガナ	ワラク サクラ	
	氏名	和楽 桜 ※妊産婦さんの名前	

委託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	ワラク サクラ		
	氏名	和楽 桜		
	生年月日	H 10 年 1 月 1 日		
	住所	佐伯市中村南町1-1		
	母子手帳番号	1234		
振込先	金融機関名	和楽銀行	支店名	佐伯 支店
	口座番号	1234567	種別	普通・当座・()
	フリガナ	ワラク サクラ		
	名義人	和楽 桜		

受診機関証明欄		
受診日	R6 年 4 月 1 日	
診した医療機関が記入	<input type="checkbox"/> No. 1 から No. 7 まで、 No. 9、No. 10 及び No. 12 から No. 14 まで	1 問診及び診察 2 尿検査 3 血圧測定 4 体重測定
	<input type="checkbox"/> No. 8	1 問診及び診察 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
	<input type="checkbox"/> No. 11	1 問診及び診察 2 血色素検査 3 尿検査 4 血圧測定 5 体重測定
	<input type="checkbox"/> 多胎妊娠追加分	1 問診及び診察 2 尿検査 3 血圧測定 4 体重測定
	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> B	子宮頸がん検診
	<input type="checkbox"/> C	B 群溶血性レンサ球菌検査
	<input type="checkbox"/> 妊婦超音波検査	
	<input type="checkbox"/> 産婦健康診査 <input type="checkbox"/> 産後 2 週間 <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 乳児一般健康診査 <input type="checkbox"/> 6～8 か月 <input type="checkbox"/> 9～11 か月	問診及び診察
<input type="checkbox"/> 新生児聴覚スクリーニング検査	<input type="checkbox"/> 自動 ABR <input type="checkbox"/> OAE ※どちらかに、 <input checked="" type="checkbox"/>	

費用 (申請者負担額) 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。

このことについて証明します。
R6 年 4 月 1 日
受診機関名・所在地 〇〇県〇〇市〇〇番地 佐伯産婦人科医院 佐伯
代表者氏名 院長 佐伯 太郎

(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。